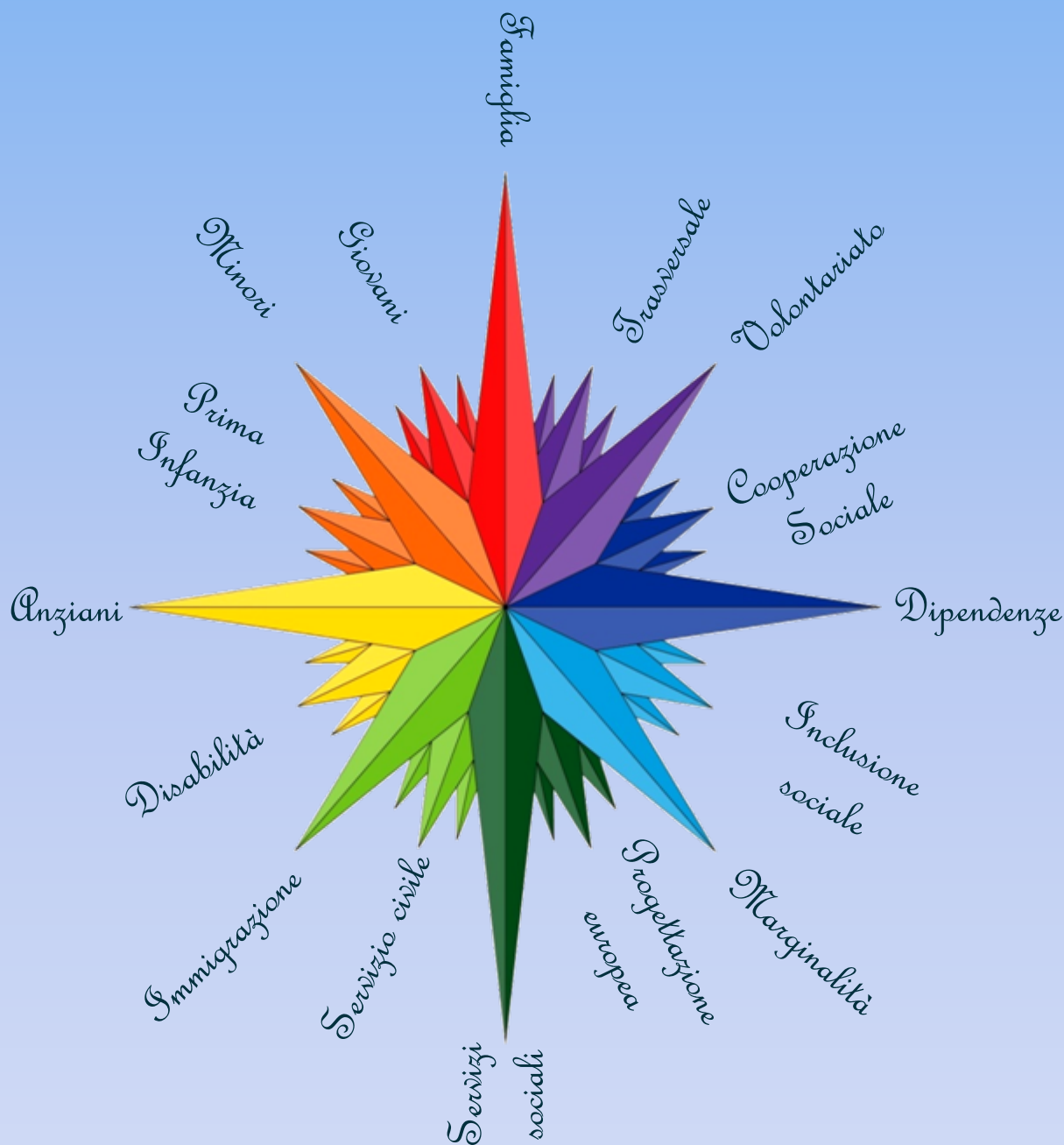




La Direzione del sociale nel welfare regionale



1° Report a cura della Direzione Regionale Servizi Sociali, con la collaborazione dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali

Ringraziamenti

Il presente Documento è stato elaborato per iniziativa e grazie agli apporti forniti dal personale della Direzione Regionale Servizi Sociali e con la collaborazione del personale dell'Osservatorio Regionale Servizi Sociali, i cui nominativi si riportano alla fine. Il lavoro di coordinamento dei contenuti è stato svolto dalla dott.ssa Claudia Palanta, responsabile della PO Programmazione, Piani di Zona e Coordinamento Segreteria.

*"La sanità è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale,
e non consiste solo in un' assenza di malattia o d'infermità ...
I governi sono responsabili della sanità dei loro popoli; essi possono
fare fronte a questa responsabilità, unicamente prendendo le misure
sanitarie e sociali adeguate."*

(OMS, 1948)

Indice

1. Introduzione		pag 1
2. Scenario Socio Demografico		pag 3
3. Organizzazione degli interventi sociali e socio-sanitari		pag 6
	La programmazione regionale	pag 6
	La programmazione territoriale	pag 9
	Gli attori del sistema	pag 13
4. Gli ambiti di priorità per aree di intervento		pag 24
	Famiglia, Infanzia, Adolescenza, Giovani	pag 24
	Anziani	pag 37
	Disabilità	pag 45
	Dipendenze	pag 51
	Inclusione e Marginalità Sociale	pag 55
5. Progettualità e innovazione		pag 57
	Ambito reti internazionali e progetti speciali	pag 57
	Le reti europee per il sociale	pag 57
	I progetti speciali	pag 60
	La progettazione europea, interregionale e regionale: focus sulla promozione degli stili di vita sani	pag 61
6. Strumenti a supporto del governo del sistema		pag 64
	Monitoraggio programmazione sociale e socio-sanitaria	pag 64
	Valutazione della qualità dei servizi	pag 70
	Sistema informativo sociale e socio-sanitario	pag 73
7. Il sistema dei finanziamenti		pag 75
	Il fondo per le politiche sociali	pag 75
	Beneficiari, procedure e criteri di allocazione delle risorse del FNPS e di quelle regionali.	pag 82
	Quote del fondo sanitario di parte corrente	pag 84
	Fondi statali a vincolo di destinazione	pag 85
8. Tematica di approfondimento: Determinanti della salute-Progetto RETHI		pag 87
Sintesi critica: una società in trasformazione.		pag 90
Bibliografia e Normative		pag 92
Organigramma della Direzione Regionale per i Servizi Sociali		pag 102

1. Introduzione

L'importante recessione economica tuttora in corso ha investito anche la Regione del Veneto determinando, nella popolazione, un aumento della domanda di servizi ed interventi a sostegno di bisogni crescenti e complessi. Accanto ai bisogni consolidati, il sistema dei servizi sociali e socio-sanitari regionale è chiamato a rispondere a bisogni emergenti, che spesso rivestono un carattere di immediatezza, e per i quali le forme strutturate di risposta non sempre si rivelano adeguate.

D'altro canto, in un momento di scarsità di risorse, l'Amministrazione Regionale e le Amministrazioni locali incontrano difficoltà sempre maggiori nel mantenere gli standard di offerta finora assicurati e ad apportare quei cambiamenti che sarebbero necessari per affrontare le nuove necessità.

Da anni, infatti, si assiste ad un continuo depauperamento delle risorse finanziarie riservate all'ambito dei servizi sociali, con un conseguente depotenziamento degli stessi proprio in un periodo in cui il settore pubblico è chiamato a rispondere a bisogni complessi e nuovi in un'ottica di efficienza ed efficacia sempre maggiore. Le rigide regole del "patto di stabilità" inoltre faticano a coniugarsi non solo con l'esigenza di mantenere elevati standard qualitativi e quantitativi ma anche di rispondere a standard appena sufficienti.

In tale contesto, il presente documento vuole essere un contributo alla diffusione della conoscenza degli esiti della programmazione regionale dei servizi sociali e socio sanitari degli ultimi anni e dare evidenza della caparbia con cui i suddetti servizi si sono impegnati a sostenere al meglio le attività.

Nel report, che è stato redatto dal personale della Direzione Regionale Servizi Sociali con la collaborazione dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali, si è cercato di illustrare il lavoro di programmazione svolto negli ultimi anni (con particolare riferimento al biennio 2011-2012), evidenziando i risultati positivi, le criticità, l'evoluzione dei fenomeni e le prospettive future in un'ottica propositiva.

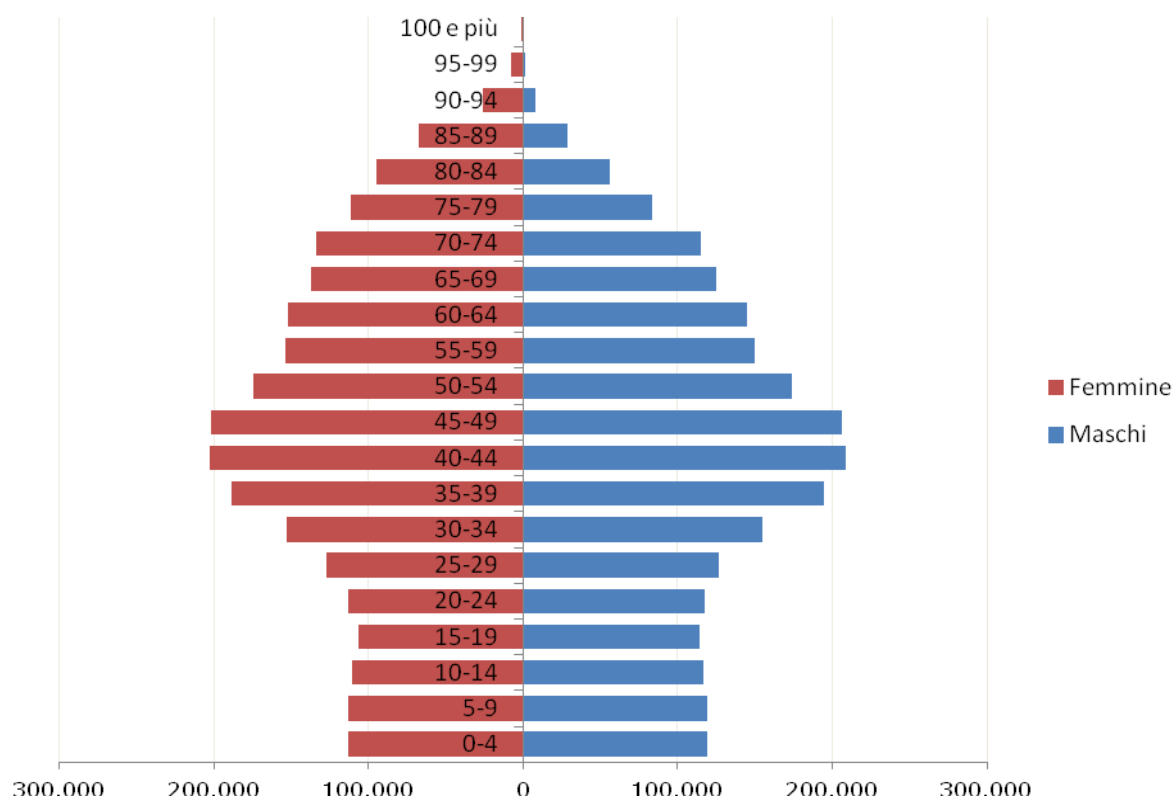
Tutto ciò con l'auspicio di fornire utili spunti di riflessione anche all'apparato politico in un periodo in cui le circostanze richiedono più che mai che il "sociale" sia posto al centro dell'agenda politica.

2. Scenario Socio Demografico

Dai dati dell'ultimo censimento la popolazione del Veneto risulta in costante aumento, pari nel 2011 a risulta 4.857.210 abitanti, con un trend di crescita negli ultimi 10 anni pari a 7,3%, tra i più alti in Italia¹.

Sempre più significativa è la presenza degli stranieri, che contribuisce notevolmente alla crescita demografica. Gli stranieri residenti risultano infatti 457.328, pari al 9,4% della popolazione regionale, con un incremento percentuale del 198,8% rispetto al 2001.

Fig. 2.1.1 - Piramide per classi di età della popolazione residente. Veneto - 31/12/2011



Fonte: Popolazione Residente ISTAT

La **struttura demografica** della popolazione veneta è composta per il 16,7% da minori tra 0 e i 17 anni, per il 63,1% da persone tra i 18 e i 64 anni, e per il 20,2% da anziani ultra65enni.

Dall'analisi dei principali indicatori demografici risulta che l'età media della popolazione veneta è di 43 anni, con una speranza di vita alla nascita pari a 79,5 anni per gli uomini e 85 per le donne.

In Veneto l'indice demografico di dipendenza presenta un valore pari al 52 per cento: ciò significa che 100 persone in età attiva hanno "a carico" circa altre 52 persone, che risultano quindi dipendenti. Tale rapporto esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva; valori superiori al 50 per cento indicano una situazione di squilibrio generazionale.

¹ dati ISTAT del 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni alla data del 9 ottobre 2011

L'indice di vecchiaia, che permette di valutare il livello d'invecchiamento degli abitanti di un territorio, risulta pari circa a 143: significa che in Veneto ci sono 143 anziani ogni 100 giovani.

Tab. 2.1.1 - Indicatori demografici. Veneto – Anno 2011

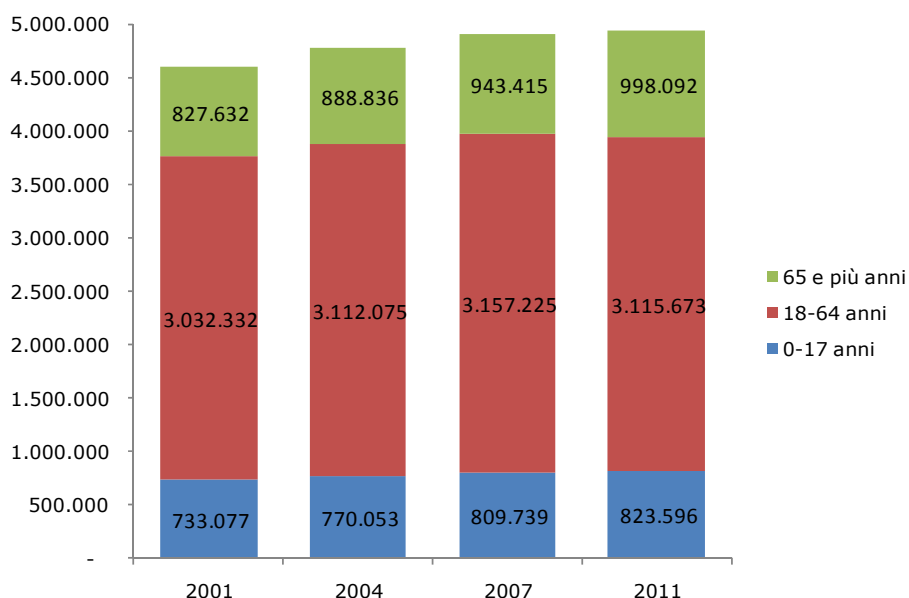
Indicatori	Valori	Indicatori	Valori
Natalità (per 1.000 residenti)	9,4	Speranza di vita dopo i 65 anni - M (anni)	18,5
Mortalità (per 1.000 residenti)	9,2	Speranza di vita dopo i 65 anni - F (anni)	22,4
Crescita naturale (per 1.000 residenti)	0,2	Età media (anni)	43
Saldo migratorio totale (per 1.000 residenti)	5,2	Indice di dipendenza strutturale	52
Crescita Totale (per 1.000 residenti)	5,4	Indice di dipendenza anziani	30
Speranza di vita alla nascita - M (anni)	79,8	Indice di vecchiaia	140
Speranza di vita alla nascita - F (anni)	85		

Fonte: stima ISTAT

Le province più popolate sono Padova e Verona, che rispettivamente ospitano il 18,9% e il 18,4% dei residenti in Veneto, seguono Treviso, Venezia e Vicenza, che ospitano il 17,9%, 17,7% e il 17,5% dei veneti, le province meno numerose sono Rovigo e Belluno, in cui risiedono il 5,1% e il 4,4% degli abitanti in Veneto.

La popolazione con età inferiore ai 18 anni costituisce il 16,7% della popolazione veneta, pari a 823.596 residenti, ed è composta per il 33,9% da bambini sotto i 5 anni, per il 28,9% da bambini tra i 6 e i 10 anni, per il 38,1% da minori con 11 anni e più. Le province con la presenza più consistente di persone di minore età sono Vicenza e Treviso. Seguono Verona e Padova, mentre all'ultimo posto sono Venezia, Belluno e Rovigo.

Fig. 2.2.1 – Distribuzione della popolazione per classi di età. Veneto – Anni 2001, 2004, 2007, 2011



Fonte: Popolazione Residente ISTAT

La popolazione adulta di età compresa tra i 18 e i 64 anni rappresenta il 63,1% della popolazione veneta, pari a 3.115.673 residenti, mentre la popolazione anziana con età superiore ai 64 anni costituisce il 20,2% della popolazione, pari a 998.092 residenti.

Il processo di invecchiamento della popolazione è uno dei fenomeni demografici più rilevanti. Negli ultimi 10 anni gli anziani in Veneto sono progressivamente aumentati: se nel 2001 rappresentavano il 18,3% della popolazione, nel 2011 costituiscono il 20,6%, con un incremento particolare della popolazione ultraottantenne. Tale fenomeno sembra destinato ad accentuarsi: infatti, secondo quanto ipotizzano le previsioni statistiche, entro il 2025 gli anziani nella nostra Regione potrebbero aumentare fino a costituire il 23,3% della popolazione veneta. Le province con la presenza più consistente di persone anziane sono Belluno, Rovigo e Venezia, seguono Verona e Padova, ed infine Treviso e Vicenza.

Tab. 2.2.1 - Indicatori su nuzialità e famiglia. Veneto – Anno 2011

Indicatori	Valori	Indicatori	Valori
Nuzialità	3,1	Età media al 1° matrimonio - F	32
Totale matrimoni	15.496	Età media al matrimonio - M	37,1
Separazioni(*)	5.956	Età media al matrimonio - F	33,6
Divorzi(*)	3.315	Numero famiglie	2.047.180
% Matrimoni successivi al primo	18,4	N. Medio componenti	2,4
Età media al 1° matrimonio - M	35,1	Numero medio di figli per donna	1,4

(*) valori riferiti al 2010

Fonte: stima ISTAT

All'interno del contesto demografico appena descritto un ruolo fondamentale è costituito dalla **famiglia** e dalle sue dinamiche demografiche. Nel 2011 si contano il Veneto 2.047.180 famiglie costituite da circa 2,4 componenti in media e circa 1,4 figli per donna. Negli ultimi anni si conferma la tendenza dell'aumento in Veneto del numero delle famiglie, benché siano diminuiti il numero di componenti e il numero di figli. Come risulta dal Rapporto Statistico Regionale 2010 "La struttura familiare tende ad allontanarsi sempre più dal modello tradizionale, risultando quanto mai frammentata. Sempre più dominante è il modello di famiglia nucleare, ossia con un solo nucleo, di solito una coppia con o senza figli, talvolta con la presenza di un altro familiare, generalmente un genitore vedovo. Si affermano, inoltre, nuove forme di vita familiare, come le famiglie ricostituite, quelle monogenitoriali o le libere unioni, vissute non più come passo preliminare al matrimonio ma come forma stabile alternativa alle nozze e che prevedono anche la nascita di figli. Questi nuovi soggetti familiari richiedono un'attenzione particolare anche per la problematicità dei rapporti che si instaurano nella ricerca di equilibri nuovi."

3. Organizzazione degli interventi sociali e socio-sanitari

3.1 La programmazione regionale

La Regione del Veneto nella programmazione territoriale dei servizi sociali e nella promozione dell'integrazione socio-sanitaria ha avuto un ruolo strategico e precursore rispetto alle altre regioni del territorio nazionale. Nella prima metà degli anni '70 il legislatore veneto aveva sottoposto all'attenzione pubblica la necessità di predisporre una normativa in materia di assistenza sociale che rispondesse ai bisogni del territorio e che fosse, soprattutto, collegata al tessuto sociale nel quale avrebbe agito. Nel dicembre del 1978 il percorso iniziato trova un fondamento con la legge n.833 (riforma sanitaria) attraverso la quale venne predisposto il terreno per l'avvio del processo di integrazione socio sanitaria. Prima di approfondire l'iter normativo volto alla realizzazione dell'integrazione è doveroso soffermarsi sul concetto di integrazione.

Il termine "integrare" significa *rendere completo, aggiungere ciò che manca* e vale specialmente nel lavoro con le persone, le famiglie e i gruppi sociali, tenuto conto della complessità dei bisogni, dei valori, degli interessi in gioco; oggi giorno è imprescindibile la necessità di intervenire in modo integrato, coinvolgendo diverse discipline e saperi, più punti di vista, differenti professioni per rispondere ai bisogni e ai problemi rispettando la globalità e l'unitarietà della persona e perseguendo il benessere bio-psico-sociale. Il legislatore auspica l'integrazione a più livelli: istituzionale (tra istituzioni diverse con comuni obiettivi di salute); pubblico - privato; socio-sanitaria (tra politiche diverse); operativa/ gestionale (tra servizi diversi al fine di incrementare approcci multidimensionali e metodologie di lavoro per progetti); professionale con l'adozione di linee guida che orientino il lavoro multiprofessionale, la costituzione di unità valutative integrate.

A seguito di queste premesse e continuando l'iter normativo, la legge regionale n°55/82 "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale" ha rappresentato la fondamentale legge quadro della Regione in materia di servizi sociali. Il legislatore ha perseguito la disciplina della materia attraverso la realizzazione di un sistema di servizi sociali coordinati sul territorio e integrati al complesso di servizi sanitari già presente con la finalità di potenziare l'organizzazione del welfare locale. Questa legge rappresenta la pietra miliare del modello veneto di integrazione socio-sanitaria e la prima ad aver dettato una disciplina organica regionale degli interventi da realizzarsi nel settore dell'assistenza sociale.

Proseguendo l'exkursus legislativo, la Regione con la legge 56/94 "Norme e principi di riordino del servizio Sanitario Regionale" prevede l'adozione del Piano Socio Sanitario regionale (art. 2, comma 4, LR 56/1994), quale strumento della programmazione socio-sanitaria, ponendo così le basi per l'integrazione tra i servizi sanitari e servizi socio-assistenziali nella dimensione pubblica e privata. Con la stessa legge, la Regione promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei comuni alle Unità locali socio-sanitarie, identificando nel ruolo di regia lo stesso ente regionale con compiti di programmazione, indirizzo, controllo, coordinamento, al fine di assicurare ai cittadini i migliori livelli di assistenza in rapporto alle risorse. L'adozione del piano socio-sanitario istituisce il piano di zona come lo strumento di pianificazione dei servizi sanitari e sociali a livello territoriale. Il piano di zona diventa così una lente di ingrandimento attraverso la quale monitorare i servizi nelle aree di competenza delle ULSS e dei comuni. Si intuisce che la funzione del piano è quella di trait d'union tra il territorio e le istituzioni per la realizzazione dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari a livello territoriale. Una scelta strategica della Regione è stata l'introduzione della figura del Direttore dei Servizi sociali nell'ambito della direzione delle Ulss. Tale figura è stata introdotta nel 1995 in continuità con la figura del coordinatore sociale presente fin dagli anni 80, ma a differenza di quest'ultima il Direttore dei servizi Sociali ha la specifica funzione di assicurare

nell'ambito dell'A.Ulss il coordinamento e l'integrazione tra politiche e attività sociali, sanitarie e socio sanitarie.

Negli anni successivi, il legislatore, con l'emanazione della legge n°5/96, incentiva la costituzione di un gruppo di lavoro apposito per la pianificazione di zona con la predisposizione di una metodologia congiunta da diffondersi attraverso le linee guida. Il documento di indirizzo allegato al Piano socio-sanitario 96/98 precisa che il piano di zona va elaborato con il coinvolgimento di tutti gli enti pubblici interessati e i soggetti privati operanti nel sistema dei servizi sociali². Il documento si prospetta come un veicolo di forte riconoscimento per e dei soggetti sociali che concorrono in forma autonoma e collaborativa alla realizzazione di un sistema di servizi alla persona che risponda non solo ai bisogni, ma anche alle aspettative della popolazione. E' in questo pensiero che si incardinano le basi di una governance dove le pratiche di concertazione rientrano nella logica di una comunità solidale che produce le condizioni del proprio sviluppo.³

Nel 1999 l'integrazione socio-sanitaria trova una risposta a livello nazionale con il d.l.vo del 19 giugno n. 229, riforma sanitaria ter, laddove si definiscono prestazioni socio sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale. Il d.l.vo tripartisce le prestazioni per enti di competenza in: prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (competenza ASL e carico delle stesse), prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (competenza dei comuni) e prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria (AZIENDE ULSS a carico del fondo sanitario nazionale).

Il legislatore veneto con la LR 13/04/2001, n.11 ha proseguito nell'attuazione del modello integrato dando applicazione al d.l.vo del 31 marzo 1998 n. 112 che disciplinava il "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello stato alle regioni ed enti locali" promuovendo la realizzazione del principio di sussidiarietà cardine dell'integrazione socio-sanitaria. Il principio di sussidiarietà è regolato dall'articolo 118 della Costituzione italiana il quale prevede che *"Stato, Regioni, Province, Città Metropolitane e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio della sussidiarietà"*, e implica che le diverse istituzioni debbano creare le condizioni necessarie per permettere alla persona e alle aggregazioni sociali di agire liberamente nello svolgimento della loro attività. La suddetta legge ha istituito la conferenza regionale permanente che funge da organo di valutazione sulle proposte del piano socio sanitario regionale.

Il riconoscimento dell'integrazione socio-sanitaria nella programmazione ed erogazione dei servizi a livello nazionale avverrà con la legge 328/2000: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" all'interno della quale l'art 19 è interamente dedicato alla strutturazione della pianificazione ed alla legittimazione del principio di sussidiarietà con il piano di zona come strumento di connessione al territorio di differenti livelli istituzionali, differenti soggetti e differenti ambiti del sociale e sanitario: *"I comuni associati, negli ambiti territoriali, (...) a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale a definire il piano di zona(...)"*⁴.

La prospettiva di compartecipazione in termini di progettualità, risorse e responsabilità viene perseguita dalla Regione con un più ampio coinvolgimento nelle "Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona" approvate dalla giunta regionale nel giugno 2004.⁵ Il documento introduce l'idea di concertazione non solo come strategia per il coinvolgimento dei diversi soggetti attivi nelle politiche sociali, ma anche come condizione strutturale e basilare per affrontare il tessuto sociale nel quale le politiche ed interventi si dipanano, e dall'altro lato facilitare una corresponsabilità tra i soggetti. Gli

²Bertin G., *Piani di Zona e governo della rete*, Franco Angeli Editore, Milano, 2012

³*Ibidem*.

⁴Legge 328/2000, Art. 19 (*Piano di zona*)

⁵ DGR del 18.06.04, n. 1764

stessi principi verranno poi ribaditi nell'ulteriore aggiornamento delle linee guida approvate dalla Giunta Regionale nel 2006 con provvedimento n.3702.

L'introduzione del principio di sussidiarietà ha avuto per effetto lo spostamento del baricentro nella gestione diretta del servizio alle realtà del terzo settore lasciando agli organi pubblici le funzioni di regolazione, controllo e governo del sistema. La conseguenza di questo percorso è la scelta di pianificare a livello locale per governare la complessità del tessuto sociale con cognizione dei bisogni che emergono dall'eterogeneità dei soggetti semplificando i molteplici livelli di governo. Gli attori sociali che operano all'interno del sistema di welfare sono differenti e la necessità di coordinarsi, di definire delle regole in base alle quali orientare l'azione è imprescindibile affinché sia integrata con quella degli altri e volga alla realizzazione del benessere. Si trova conferma con la DGR 157 del 2010 dove sono stati introdotti aspetti organizzativi con valore innovativo e migliorativo che hanno riguardato la definizione dei livelli di partecipazione (consultazione e concertazione), il ciclo di vita del piano di zona prolungato da tre a 5 anni e l'introduzione del visto congruità.

Giunti a questo punto, l'interrogativo che si pone riguarda la definizione dei percorsi di concertazione con i soggetti che operano nell'ambito delle politiche sociali. La responsabilità primaria della Regione e dei comuni nel garantire in modo unitario ed integrato secondo le rispettive competenze, la funzione di programmazione del sistema socio-sanitario trova come punti di riferimento politico, a livello regionale, la Conferenza Regionale Permanente per la Programmazione socio-sanitaria e a livello aziendale, la Conferenza dei Sindaci. Il valore sociale e istituzionale della sussidiarietà in termini di cooperazione pubblica è riconosciuto dalla L 381/1991 e dalla LR 23/2006: "Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale".

Il nuovo Piano socio-sanitario regionale si inserisce in un'ottica di patto con la comunità locale finalizzato alla responsabilizzazione di tutti i soggetti in garanzia dei LEA e dei LIVEAS ed alla costruzione di partnership di comunità. In quest'ottica il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) conferma il modello socio-sanitario veneto, di servizi integrati alla persona, come la modalità di risposta più adeguata ai bisogni della popolazione e individua tra gli obiettivi strategici della futura programmazione socio-sanitaria:

- la promozione della delega delle funzioni sociali ovvero della gestione associata dei servizi per i Comuni con eventuale esclusione dei capoluoghi di provincia, anche al fine di razionalizzare le risorse e garantire uniformità di trattamento su tutto il territorio regionale;
- la sostenibilità dei servizi socio-sanitari per ciascuna Azienda ULSS che dovrà essere garantita da un sistema di finanziamento del Fondo Sociale Regionale, dal Fondo regionale della non autosufficienza, dalle quote capitarie dei Comuni, dal Fondo Sanitario in quote capitarie e da un Fondo Sociale di Solidarietà tra Comuni;
- la realizzazione di un welfare di comunità attraverso il coinvolgimento del terzo settore nelle sue varie espressioni (associazioni, cooperative, fondazioni, volontariato...) in un'ottica di collaborazione sia nella programmazione che nella gestione corresponsabile anche economica dei servizi;
- il miglioramento della appropriatezza dell'assistenza socio-sanitaria attraverso sistemi di valutazione della domanda e dell'offerta, supportato dall'attivazione di un sistema informativo regionale, organico ed integrato, sui servizi territoriali;
- il potenziamento del sistema di valutazione della qualità assistenziale, ponendo attenzione al percorso assistenziale e non alla singola prestazione, anche attraverso indicatori di appropriatezza prescrittiva e di monitoraggio degli esiti;
- la diversificazione e la rimodulazione delle unità di offerta.

In questa fase storica, le difficoltà del sistema pubblico pongono la Regione in una condizione di continua pressione in termini di erogazione di servizi, progettazione di nuove forme di risposta alle istanze e bisogni, e mantenimento di quelli esistenti in un contesto di risorse scarse. La crisi economica ha prodotto due effetti ambivalenti: il primo riguarda il mutamento e aggravamento della condizione economica e socio-sanitaria della

popolazione e il secondo la restrizione dell'orizzonte di opportunità di risposta ai bisogni del territorio, erodendo anche le risorse per il mantenimento di servizi essenziali.

La crisi economica e sociale che ha investito il settore pubblico ha messo Regioni e Comuni nella condizione di operare in un contesto di risorse scarse. Tale situazione mette in luce l'immanente necessità di applicazione del Piano Socio Sanitario Regionale e di attuazione degli obiettivi previsti dal piano per garantire il mantenimento di un assetto organizzativo efficace ed efficiente e una risposta strategica ai bisogni-istanze della popolazione.

3.2 La programmazione territoriale

Perché si fa programmazione territoriale? Perché quello locale è il livello più vicino al cittadino e "forse" più attento ai suoi bisogni, perché c'è la necessità di coordinare i molteplici attori che agiscono all'interno del sistema di welfare e definire regole chiare e condivise in base alle quali dirigere le proprie azioni che tendano ad un unico obiettivo: il benessere sociale.

Il piano di zona è il principale strumento di governo della regione per la programmazione territoriale per orientare i territori a fare sintesi nel processo di pianificazione. È uno strumento concreto per creare, a livello locale, il sistema integrato di interventi e servizi sociali. Dà la possibilità di "leggere" il territorio e individuare delle linee di sviluppo sociale e segna una traccia da percorrere.

Alcuni lo definiscono come "il piano regolatore" dei servizi sociali e socio-sanitari, con il quale, i soggetti coinvolti nella programmazione della rete dei servizi (Comuni, Ulss, privato sociale..), in ciascun ambito territoriale, mettono a punto le politiche sociali e socio-sanitarie rivolte alla popolazione.

A livello nazionale, la legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" legittima questo strumento nell'articolo 19: *"I comuni associati, negli ambiti territoriali, (...) a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale a definire il piano di zona(...)"*⁶.

Il legislatore veneto già con la LR 56/94 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del d.l.vo 502/92", per primo in Italia, ha introdotto il concetto e la pratica della programmazione locale con l'obiettivo di coordinare gli interventi e i servizi sociali e socio-sanitari, ottimizzando le risorse a disposizione e garantendo livelli uniformi di assistenza. Nell'art. 8 della LR 56/94 si ribadisce che la regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei comuni alle Aziende ULSS anche con specifici finanziamenti e che il Piano di Zona è il principale strumento di integrazione socio-sanitaria. Con questa legge i Piani di Zona vengono resi obbligatori nel Veneto con il nome di *Piani di Zona dei servizi sociali* e diventano un'importante soluzione alla domanda regionale di miglioramento e sviluppo dei servizi locali di welfare. In origine, negli anni novanta erano stati pensati come metodo per organizzare la crescita e l'andamento dei servizi sociali, in seguito con la legge 328/2000 sono diventati il principale strumento di programmazione sociale con l'obiettivo di facilitare il governo dell'integrazione socio-sanitaria e promuovere una nuova programmazione sociale in grado di coniugare strategie di protezione con quelle di promozione.

Con la legge regionale 5/96 si precisa che *"l'integrazione viene attuata dal Direttore Generale attraverso il Direttore dei Servizi Sociali, che fornisce il supporto per l'elaborazione del piano di zona e ne segue l'attuazione avvalendosi dei referenti di programma di area specifica"* e si qualifica il piano di zona come lo strumento per: l'analisi dell'evoluzione qualitativa e quantitativa dei bisogni, lo sviluppo di forme di

⁶Legge 328/2000, Art. 19 (Piano di zona)

gestione dei servizi adeguate, flessibili e creative, l'integrazione delle risorse pubbliche e private, la creazione di nuove opportunità e la produzione di risorse aggiuntive, la definizione delle prestazioni da erogare, rapportate alle responsabilità dei diversi soggetti e al quadro delle risorse rilevate, approvandone anche lo schema tipo per la redazione.

La legge regionale 11/2001 ha confermato le scelte regionali in materia di pianificazione sociale zonale definendo il piano di zona quale "*strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria*". "Nel modello di welfare veneto al piano di zona viene attribuito un ruolo fondamentale per dare risposta ai problemi delle persone e delle comunità locali in quanto strumento condiviso per individuare i bisogni prioritari, le strategie di prevenzione, le risorse disponibili, i soggetti istituzionali, i risultati attesi, gli standard di funzionamento e di efficacia, le risposte gestionali, le forme di controllo, le modalità di verifica, le condizioni di valutazione sociale dei risultati".

Per recepire i contenuti della normativa statale e regionale citata la regione detta delle Linee Guida per la pianificazione, gli obiettivi dei piani, i contenuti, le modalità redazionali e le priorità a livello regionale da cui partire nell'ottica generale di condivisione di un linguaggio comune e avendo come punto d'arrivo/obiettivo generale il benessere del cittadino e la sua centralità. Con la DGR 1560/06 si introducono specifiche indicazioni per la valutazione dei Piani di Zona e con la DGR 3702/06 si ribadisce l'importanza della valutazione al fine di poter costruire la base su cui condurre il monitoraggio delle azioni programmate, certi che ogni fase richiede una precisa riflessione sulle azioni avviate in precedenza, e si definisce una metodologia di programmazione continua.

In seguito, la DGR 157/2010 ha introdotto delle innovazioni: differenti livelli di partecipazione degli attori del sociale: consultazione e concertazione, prolungamento del ciclo di vita del piano da 3 a 5 anni e la necessità del visto di congruità regionale.

I soggetti titolari del piano di zona sono i Comuni, la Regione attraverso le Aziende Ulss, le Province nonché altri soggetti pubblici quali Amministrazioni periferiche dello Stato: scolastiche, della giustizia, del lavoro, Ipab, comunità montane, che possono partecipare al processo di programmazione locale di zona con risorse proprie per il conseguimento di traguardi di interesse generale. Inoltre è riconosciuta ed agevolata la partecipazione degli organismi non lucrativi di utilità sociale, della cooperazione, delle associazioni, delle fondazioni, delle organizzazioni di volontariato in una logica di sussidiarietà e condivisione delle responsabilità in cui tutta la comunità locale è chiamata a rendersi responsabile del proprio sviluppo. Il piano, dunque, coordina le azioni di attori diversi che agiscono in un preciso ambito territoriale corrispondente con il territorio dell'Azienda Ulss in un'ottica di governance e di rete.

Ai diversi attori si richiede di partecipare ai tavoli di lavoro, coordinati dai vari Uffici di Piano delle Aziende ULSS, portando il loro contributo in termini di conoscenze e di esperienze nel campo per condividerle e far sì che diventino, attraverso il dialogo, un momento di miglioramento per tutti. I tavoli di lavoro e lo scambio di informazioni diventano pertanto fondamentali.

Il processo di costruzione del piano, in particolar modo nelle prime fasi, è un intriso di grande enfasi poiché dà la possibilità di intervenire direttamente nell'indicare proposte per far fronte ai bisogni di salute e benessere della popolazione. La strada indicata dalla Regione del Veneto con la DGR 157/2010 "*Linee Guida per i Piani di Zona*" è quella di un piano pensato quale strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e sociosanitari con l'indicazione delle azioni da consolidare, da potenziare o da innovare in riferimento alle politiche individuate con DGR 2081/2010. L'avvio del procedimento spetta alla conferenza dei sindaci e al direttore generale dell'Ulss che affida il coordinamento al direttore dei servizi sociali, di seguito si ha la costituzione di un gruppo di coordinamento tecnico, l'individuazione dei tavoli tematici e delle rispettive responsabilità e l'avvio delle procedure di consultazione e concertazione. In seguito le fasi più operative con l'analisi dei bisogni e del sistema di offerta, fondamentale per la conoscenza del territorio, la stesura vera e propria del piano con l'individuazione di priorità, politiche ed azioni per ogni area di intervento ed invio in regione per il visto di congruità.



Seguono l'approvazione del piano da parte della conferenza dei sindaci e recepimento da parte dell'Azienda ULSS. Al piano di zona si dà attuazione tramite l'accordo di programma che è una convenzione tra enti territoriali e altre Amministrazioni pubbliche mediante la quale le parti coordinano la loro attività per la realizzazione di interventi condivisi. Formalizza la compartecipazione e la corresponsabilità di chi lo sottoscrive e dà attuazione al piano.

L'ambito territoriale a cui fa riferimento il piano è unico e coincide con il territorio dell'Azienda Ulss. Le aree di intervento, individuate dalle Linee Guida ed approvate con DGR 157/2010 sono sette: Famiglia, infanzia, adolescenza, minori in condizioni di disagio; Persone anziane; Disabilità; Dipendenze; Salute mentale; Marginalità e inclusione sociale; Immigrazione.

A queste si aggiunge l'area Trasversale che risponde alle specifiche esigenze davanti alle quali può contemporaneamente trovarsi di fronte un individuo ovvero problemi legati all'età ed insieme ad altri problemi (es. adolescente dipendente da sostanze), quindi area di multi problematicità.

Il piano di zona è uno strumento dinamico e va annualmente aggiornato in base al monitoraggio delle azioni intraprese e dei bisogni della comunità per capire su quali puntare ed indirizzare la strada in modo strategico.

In base a questa consapevolezza la regione nella DGR 157/2010 ha allungato il ciclo di vita del piano passando da 3 a 5 anni e ha indicato che *"Il piano di zona dovrà quindi presentare, a partire dall'analisi dei bisogni della popolazione e del sistema di offerta presente nel territorio, le prospettive per un quinquennio, declinando annualmente l'esplicitazione delle azioni di intervento e l'allocatione delle risorse economiche che sostengono l'attivazione ed il mantenimento di suddette azioni"*⁷. Inoltre le nuove linee guida (DGR 157/2010) hanno apportato anche altre innovazioni tra cui, *"al fine di garantire l'integrazione tra i diversi livelli istituzionali, il visto di congruità regionale in funzione della sua coerenza con gli indirizzi strategici definiti nei suddetti documenti"* e *"l'istituzione dell'Ufficio di Piano quale organismo tecnico di staff che facilita e supporta operativamente il processo di programmazione, con riferimento alle attività di costruzione, monitoraggio e valutazione del piano di zona"*⁸.

Anche alla luce di ciò, l'analisi dei bisogni e dello stato delle attività, attuata tramite un'attività di raccolta e analisi dei dati e informazioni utili, risulta fondamentale come la fase di osservazione dei mutamenti sociali del territorio che solo occhi "locali" attenti e curiosi possono percepire. Ma conoscere e non condividere fa sì che non si attui il processo di cambiamento, ecco dunque che il fare rete, il coinvolgere il più alto numero possibile di attori e partecipare attivamente ai tavoli diventa di grande importanza.

Analizzare nel modo giusto i bisogni fa sì che si riescano a creare delle politiche adeguate. La Regione attraverso la DGR 2082/2010 "Documento regionale di indirizzo per la programmazione di zona 2011-2015" ha indicato le politiche di sostegno e sviluppo che la Regione del Veneto intende promuovere nelle varie aree di intervento in ambito sociale e socio-sanitario per orientare i vari territori nella propria programmazione locale nell'evoluzione del piano. Esso rappresenta uno strumento a supporto della programmazione di zona delle politiche e del sistema integrato di interventi sociali e socio-sanitari.

⁷Allegato A DGR del 26/01/2010, n. 157 - Linee Guida per la predisposizione dei Piani di Zona

⁸DGR del 26/01/2010, n.157 - Approvazione Linee Guida Regionali sui Piani di Zona

Il documento di indirizzo è stato pensato anche per superare una delle criticità che avvolge i Piani di Zona ovvero la frammentazione sia redazionale che "procedurale" sulla programmazione delle varie Aziende ULSS. Infatti si osserva una certa disomogeneità tra le 21 Aziende ULSS nella redazione dei piani ovvero una diversa modalità di classificazione non sempre attinente alle indicazioni della DGR sopracitata e l'obiettivo è quello di uniformare nel territorio la metodologia di rilevazione bisogni, di analisi dei dati e di monitoraggio e valutazione conseguente. Un investimento maggiore sulla strutturazione e riconoscimento del ruolo degli uffici di piano a livello territoriale avrebbe riscontri positivi in questo, nel dare valore al piano di zona quale strumento di programmazione e di cambiamento culturale e diffusione buone pratiche.

"Investire in salute equivale ad investire nello sviluppo umano, nel benessere sociale e nel benessere economico" si legge nel nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale 2011-2016 che è stato pensato in un'ottica di cambiamento culturale. In esso infatti si ribadisce *"l'importanza del modello socio-sanitario, integrato nelle due componenti assistenziali fondamentali per la tutela della salute nella sua globalità"* e la *"valenza della programmazione pubblica quale riferimento metodologico unitario e sistemico su cui sviluppare un'offerta diversificata e mirata alle reali esigenze della popolazione"*, quindi risulta confermato e rafforzato il ruolo della Regione quale coordinatore di tutti i processi quali il monitoraggio, la formazione e la valutazione e di coordinatore delle reti costruite nel territorio.

Il nuovo Piano Socio-Sanitario 2011-2016 consolida dunque l'importanza del Piano di Zona come specifico strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale in coerenza con le linee di indirizzo regionali. Attraverso il piano di zona si perseguono le seguenti finalità: promuovere una programmazione sociale integrata in grado di coniugare le strategie di protezione con quelle di promozione del benessere dei cittadini; favorire l'equità territoriale, sostenendo l'equilibrio nell'offerta dei servizi e promuovendo regolamenti e comportamenti uniformi all'interno del territorio; favorire lo sviluppo di un sistema di offerta in grado di cogliere l'evoluzione dei bisogni della popolazione; favorire la piena integrazione fra i soggetti pubblici e i soggetti del privato sociale interessati alla costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali; sostenere e facilitare il governo dell'integrazione socio-sanitaria.

Ma qual è la situazione attuale? Tutte le 21 Aziende ULSS in cui è diviso il territorio hanno ricevuto il visto di congruità per i Piani di Zona 2011-2015 e si stanno accingendo al secondo anno di monitoraggio degli interventi e di ri-programmazione. La Regione sta riprendendo il lavoro di coordinamento del monitoraggio e della valutazione, nei mesi scorsi un po' rallentato, e sta riscoprendo il suo ruolo di punto di riferimento al quale ogni territorio deve guardare.

Nonostante il lavoro svolto in questi anni per demarcare con sempre maggiore chiarezza i confini di contenuto della programmazione sociale e socio-sanitaria, permangono ancora alcune criticità su cui la Regione dovrà lavorare nei prossimi anni, tra cui: il sistema di coinvolgimento degli attori locali e la composizione dei Tavoli di lavoro.

Infatti, l'articolazione della struttura organizzativa spesso riflette le modalità di integrazione tra gli attori del territorio, con particolare riguardo al livello di condivisione e partecipazione degli enti locali ed al ruolo giocato dal privato sociale; le differenze che ancora oggi permangono su base regionale nell'articolazione e composizione dei tavoli di lavoro e dei gruppi di coordinamento tecnico riflettono i diversi equilibri che si sono stabiliti localmente tra gli attori del sistema. Certamente, in una logica di sviluppo, vanno pensati meccanismi incentivanti l'integrazione tra i soggetti, per favorire un processo di programmazione che si muova sempre più nella prospettiva del welfare comunitario. Le modalità di attuazione dei processi partecipativi rappresentano infatti un elemento poco monitorato in Regione, che tuttavia potrebbe permettere di cogliere importanti elementi di riflessione sulla definizione delle risposte per i cittadini di un territorio, soprattutto nella fase di forte criticità che si sta attraversando sul fronte delle risorse economiche.

Criticità si riscontrano, inoltre, ancora sull'individuazione dei bisogni effettuata a livello locale. Le linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona 2011/2015 e il Documento

Regionale di Indirizzo, nell'articolare gli ambiti di intervento per priorità, politiche, azioni, hanno stabilito che le priorità di intervento sono definite individuando i principali bisogni rispetto all'area e che dovrebbero essere espressi in termini di rischi, disagi o problematicità. In realtà ancora poco chiara ed omogenea risulta l'analisi compiuta per indagare i bisogni della popolazione del territorio, evidenziando in particolare le priorità legate ai bisogni consolidati e quelli emergenti.

E' inoltre importante continuare il lavoro intrapreso, con la predisposizione degli ultimi Piani di Zona, assieme ai soggetti del territorio (aziende ULSS, comuni, ecc.), per la definizione di politiche su cui articolare azioni ed interventi con cui rispondere, in modo sempre più adeguato, ai bisogni della popolazione locale.

Anche a tal fine, stimolare la dialettica e il confronto con e tra gli attori che operano nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari acquista un'importanza decisiva allo scopo di rendere il Piano di Zona uno strumento davvero utile per raggiungere l'obiettivo principale a cui tendere: il benessere del cittadino.

3.3 Gli attori del sistema

Il PSSR 2012-2016 intende valorizzare un sistema di welfare basato sulla coesione sociale e sulla partecipazione.

Il "Terzo settore", nella sua accezione più ampia, viene ad assumere un ruolo fondamentale in quanto, accanto alla presenza delle istituzioni pubbliche, titolari e responsabili delle funzioni socio sanitarie, garanti della programmazione e dell'attuazione di servizi ed interventi assistenziali, contribuisce alla costruzione di un welfare sostenibile.

Le attività cosiddette "fuori mercato" potrebbero rivelarsi essenziali per un welfare che si trova ad affrontare una situazione di crescente difficoltà, o meglio di crisi, a causa della scarsità delle risorse economiche.

Laddove lo Stato è impossibilitato ad incrementare interventi nell'ambito sociale, in quanto obbligato a perseguire una politica di tagli di spesa, il carattere gratuito dell'impegno volontaristico e solidaristico appare una risorsa strategica nella gestione dei servizi relativi al benessere personale e collettivo dei cittadini.

Se è vero che la crisi parte dal collasso di un modello economico che ha fatto precipitare il livello di risorse a disposizione del sociale, è altrettanto vero che non si tratta solo di un problema di soldi.

Il dialogo, l'importanza della costruzione di buone reti e buone prassi, la sinergia fra associazioni diverse che operano nello stesso ambito, sono alcuni degli input per indirizzare gli attori sociali ad un agire diverso, affinché contribuiscano, insieme, alla costruzione di un mondo sostenibile e di un futuro differente per la nostra società.

Si deve pertanto ridefinire il ruolo del volontariato, che non deve essere più inteso come esperienza individuale, ma come un fattore di sistema, specie a livello locale, da cui partire per creare un "welfare di comunità".

Nel definire l'identità di una organizzazione non è tanto la presenza di volontari in un'organizzazione che la rende automaticamente di **volontariato**, ma la rispondenza della sua struttura e del suo intervento ad alcuni elementi di fondo, propri della sua natura: la spontaneità, la gratuità, il servizio agli altri e la continuità. L'identità del volontariato si ravvisa nel suo ruolo di integrazione dei servizi esistenti, pubblici e privati, di stimolo delle istituzioni pubbliche a tutela dei diritti dei cittadini, di formazione della cultura della solidarietà.

Il volontariato ha in questo senso una valenza politica nel suo ruolo di stimolo delle pubbliche istituzioni con un apporto di cambiamento culturale e politico alla vita sociale. Il volontario è un cittadino che prende sul serio la dimensione partecipativa della democrazia a partire dai bisogni della comunità territoriale.

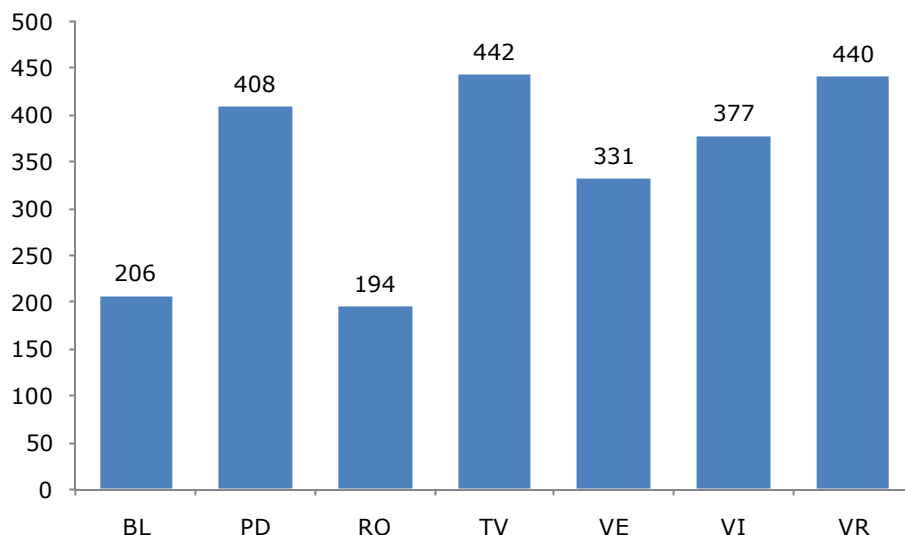
Il volontariato e le sue associazioni preesistono storicamente rispetto alla pubblica amministrazione. Il volontario può agire al di là di una struttura ove opera, di un finanziamento o di un sostegno strutturale, al di là di un riconoscimento legislativo.

In questo senso va precisato l'ambito della Legge 266/1990 che non è la legge quadro del volontariato ma si occupa della regolamentazione dei rapporti del volontariato associato con le istituzioni pubbliche. Lo scopo della legge 266/1991 fu di definire i rapporti tra enti pubblici e associazioni, che venne risolto attraverso la creazione dei registri regionali, pensati come filtri per l'individuazione dei soggetti con i quali relazionarsi e creare forme di collaborazione.

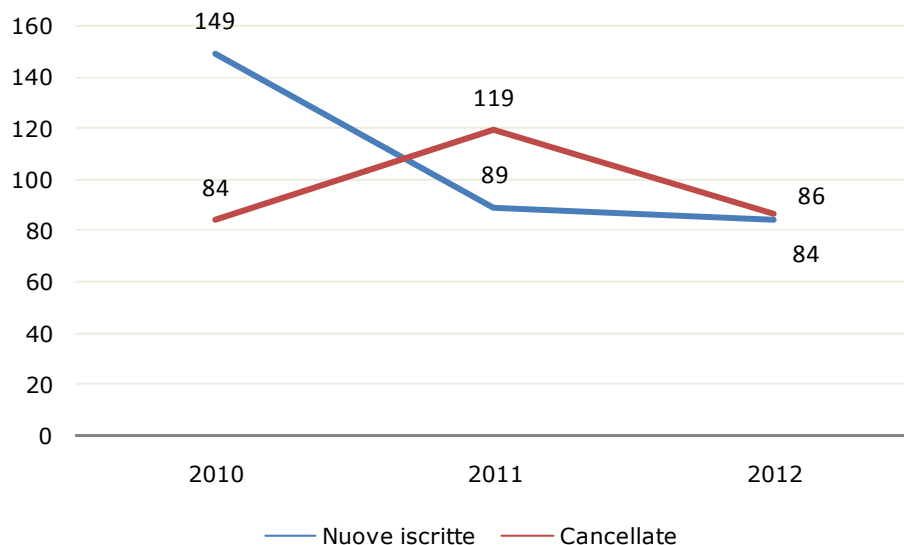
Nell'ambito socio sanitario, ove i Piani di Zona definiscono la mappa dei bisogni e delle risorse e individuano obiettivi comuni, l'iscrizione al Registro non deve essere considerata obbligatoria (è secondaria) rispetto alla costruzione di un percorso di coinvolgimento che può essere effettuato a prescindere dalla natura giuridica di organizzazione di volontariato. Il rapporto che si viene a creare tra Ente locale e realtà del territorio tutela fortemente l'autonomia del volontariato in quanto ne rispetta sia la forma organizzativa – non forzandola in forme giuridiche predeterminate – sia gli ambiti di intervento, cercando i terreni di comune intervento. Per queste ragioni sono maggiormente adatte forme di intervento leggero e connesso al territorio in ambiti particolarmente privi di intervento pubblico, più che l'assunzione di iniziative pesanti, con quote rilevanti di personale dipendente. E' pertanto evidente che la forma di rapporto pubblico-privato quale l'accreditamento non riguardi in particolare il volontariato, ma soprattutto l'impresa sociale. La Regione del Veneto infatti nell'ultimo triennio si è impegnata ad accompagnare le organizzazioni di volontariato in un percorso di trasferimento della gestione di strutture socio sanitarie di cui alla L.R. 22/2002 ad altro soggetto giuridico più consono che opera in parallelo all'associazione, o in un percorso di cambiamento di veste giuridica che ha determinato come naturale conseguenza un aumento del numero di cancellazioni.

14

Fig. 3.3.1 - Numero delle organizzazioni di volontariato iscritte nel Registro regionale distinte per provincia. Veneto - 31/12/2012



Fonte: Elaborazione Direzione Regionale Servizi Sociali – Area Terzo Settore - PO Volontariato, Promozione sociale e Progettualità trasversali su dati Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato

Fig. 3.3.2 - Andamento iscrizioni e cancellazioni delle organizzazioni di volontariato. Veneto - Anni 2010 : 2012

Fonte: Elaborazione Direzione Regionale Servizi Sociali - Area Terzo Settore - PO Volontariato, Promozione sociale e Progettualità trasversali su dati Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato

E' impossibile definire in maniera netta il confine tra attività sociali e sanitarie esistendo vaste aree di sovrapposizione e di integrazione. L'attenzione alle diverse fasi della vita del volontariato non è mai prettamente sociale o esclusivamente sanitaria perché il destinatario dell'intervento è la persona nella sua interezza. In tale contesto l'azione esplicata nel settore sociale e socio sanitario spazia dall'attività di cura e di sostegno agli ammalati, ai disabili, ai minori, all'attività di soccorso e intervento di emergenza, di trasporto malati, di donazione del sangue e degli organi, di tutela della salute dei cittadini, di prevenzione e di educazione sanitaria, di difesa e rappresentanza dei diritti degli utenti delle strutture socio sanitarie, di tutela e difesa degli immigrati, di prevenzione della devianza e della marginalità.

In seguito ad un'attenta analisi delle realtà presenti sul territorio le attività del volontariato veneto sono state raggruppate in quattro ambiti, ferma restando la necessità che l'attività sia prestata in modo diretto, concreto, spontaneo, gratuito ed esclusivamente per fini di solidarietà.

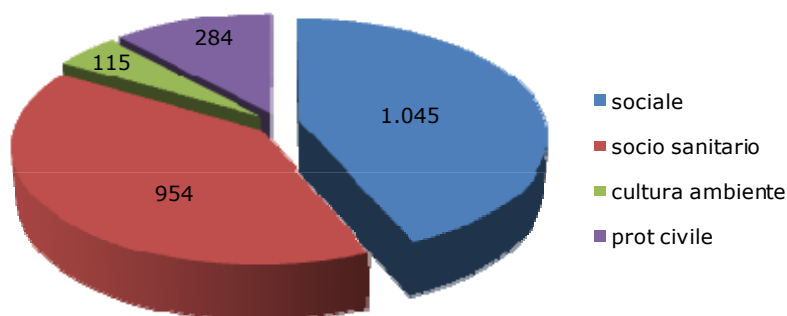
Successivamente la Regione del Veneto, per rispondere in maniera puntuale alle diverse e nuove realtà comparse sul territorio e supportare la gestione del registro regionali, in sintonia con i Centri di Servizio per il Volontariato, è intervenuta in merito agli obiettivi del registro, integrando e precisando alcune modalità di iscrizione. I Centri di Servizio promuovono il volontariato in tutte le sue forme operando in maniera capillare sull'intero territorio regionale e la loro attività ha prodotto un evidente risultato, verificabile nel numero delle organizzazioni presenti in tutte le Province e in quello delle organizzazioni che richiedono l'iscrizione ai registri regionali.

Su queste basi le organizzazioni di volontariato possono operare all'interno di quattro ambiti, individuate dal registro regionale:

- Ambito sociale, rientrano in questo ambito le attività dirette immediatamente ed in via prevalente alla valorizzazione e assistenza della persona nei momenti di bisogno;
- Ambito socio-sanitario, rientrano in questo ambito le attività dirette immediatamente ed in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsecano in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo;

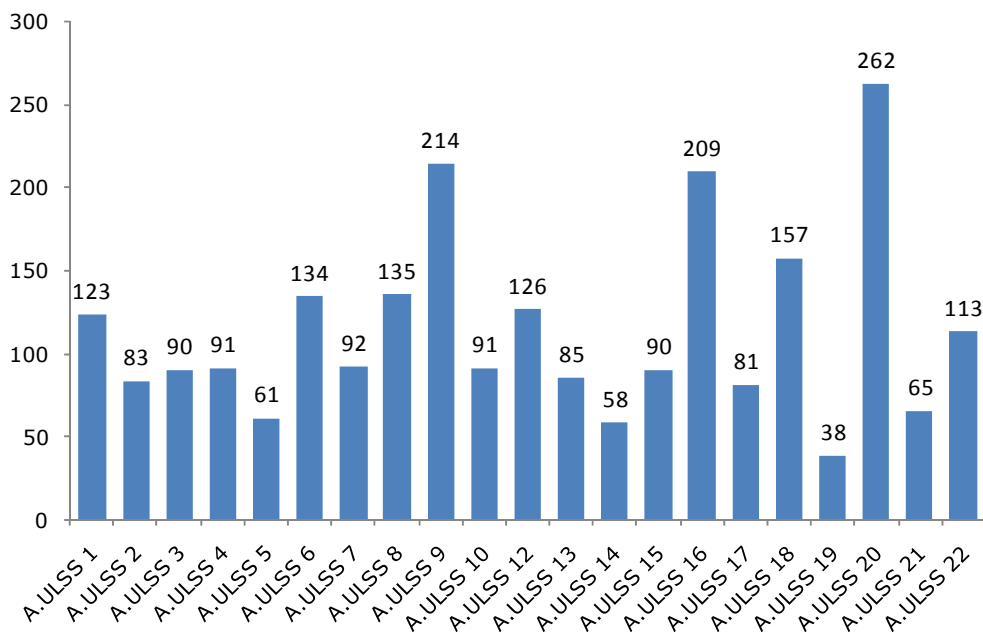
- Ambito tutela dei beni culturali e ambientali, rientrano in questo ambito le attività direttamente e concretamente rivolte alla tutela, salvaguardia e valorizzazione dell'ambiente e dei relativi processi ecologici a garanzia dell'equilibrio naturale; il recupero alla collettività di beni culturali e artistico-monumentali in stato di abbandono;
- Ambito soccorso e protezione civile, rientrano in questo obiettivo le attività rivolte al trasporto malati, al pronto soccorso, di pronto intervento in caso di calamità naturali e tutte quelle attività comprese nel concetto più ampio di "Impegno e Protezione civile".

Fig. 3.3.3 - Numero di organizzazioni di volontariato distinte per settori di attività. Veneto - Anno 2012



Fonte: Elaborazione Direzione Regionale Servizi Sociali – Area Terzo Settore - PO Volontariato, Promozione sociale e Progettualità trasversali su dati Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato

Fig. 3.3.4 - Numero delle organizzazioni di volontariato distinte per A.ULSS. Veneto - 31/12/2012



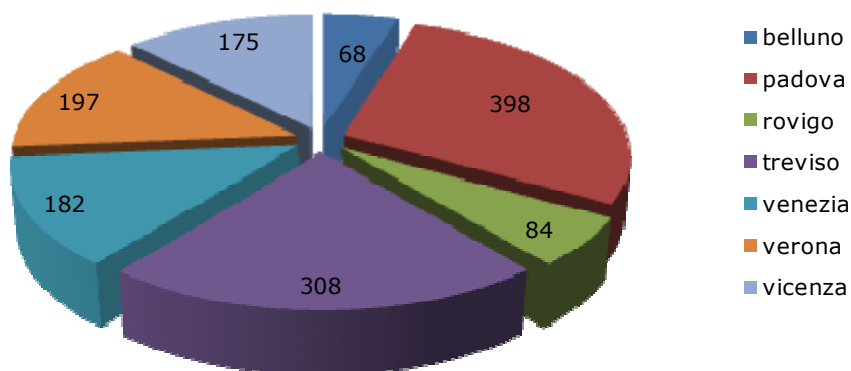
Fonte: Elaborazione Direzione Regionale Servizi Sociali – Area Terzo Settore - PO Volontariato, Promozione sociale e Progettualità trasversali su dati Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato

Una riflessione va fatta anche sull'identità dell'associazionismo di promozione sociale, un mondo costituito da realtà operanti in contesti e ambiti estremamente differenti, ma accomunate da un metodo di lavoro fondato sulla partecipazione, sulla cittadinanza attiva, sulla capacità di dar voce ai cittadini e promuovere benessere sociale.

Di fronte alla crisi e alla grave contrazione di risorse è necessario che anche il Terzo Settore faccia una scelta di responsabilità e partecipi a disegnare nuove risposte ai bisogni dei cittadini. In questo contesto la promozione sociale, con la sua capacità di dare voce e promuovere nuovi modelli e stili di vita, rappresenta un importante motore di innovazione, in grado di fare da 'moltiplicatore' e innescare circoli virtuosi che consentono a progetti e azioni di durare nel tempo e rinnovarsi.

Nell'ambito socio sanitario non bisogna quindi scordare l'apporto che anche le associazioni di promozione sociale danno.

Fig. 3.3.5 - Numero di Associazioni di Promozione Sociale iscritte al Registro Regionale distinte per provincia. Veneto - Anno 2012



Fonte: Elaborazione Direzione Regionale Servizi Sociali – Area Terzo Settore - PO Volontariato, Promozione sociale e Progettualità trasversali su dati Registro Regionale delle Associazioni di Promozione Sociale

Sono sempre organizzazioni ove il volontario riveste un ruolo primario anche se focalizzato al mutuo-aiuto che hanno come scopo:

- l'attuazione dei principi della pace, del pluralismo delle culture e della solidarietà fra i popoli;
- lo sviluppo della personalità umana in tutte le sue espressioni ed alla rimozione degli ostacoli che impediscono l'attuazione dei principi di libertà, di uguaglianza, di pari dignità sociale e di pari opportunità, favorendo l'esercizio del diritto alla salute, alla tutela sociale, all'istruzione, alla cultura, alla formazione nonché alla valorizzazione delle attitudini e delle capacità professionali;
- la diffusione della pratica sportiva tesa al miglioramento degli stili di vita, della condizione fisica e psichica nonché delle relazioni sociali.

Dalla disamina dei dati riportati nelle Figure, si evidenzia che la maggioranza delle organizzazioni di volontariato si concentrano nel settore sociale (43,5%) e sociosanitario (39,7% circa), rispecchiando perfettamente il quadro nazionale. Il volontariato svolge quindi un ruolo fondamentale sopperendo ad esigenze sociali e sanitarie espresse dalle fasce sociali più deboli quali anziani, malati o bambini, integrandosi o sostituendosi all'intervento pubblico qualora quest'ultimo non sia in grado di dare una risposta adeguata. Si evidenzia inoltre:

- che le principali articolazioni vocazionali sono le seguenti: disagio generale (27%), donazioni di sangue e organi (23%), malattia generale (14%), protezione civile e

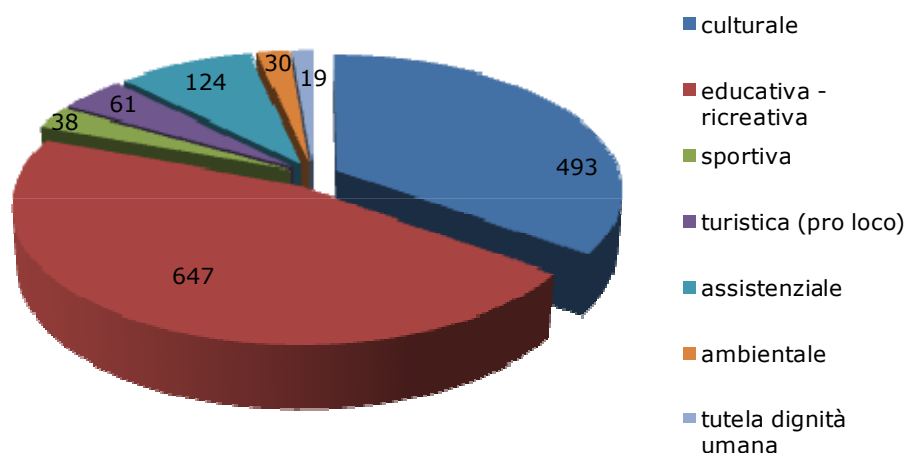
trasporto malati (12%), disagio e malattia disabilità (9%), famiglia (6%), tutela patrimonio ambientale (4%) devianze (3%), varie (2%);

- il forte radicamento delle organizzazioni di volontariato nelle realtà comunale, con una base operativa attiva mediamente tra i dieci e i venti soci;
- la prevalenza relativa di piccole dimensioni organizzative, sia in termini di volontari attivi, che di risorse economiche disponibili;
- la nascita, in questo particolare momento storico, di organizzazioni atte a combattere fenomeni di disagio socio-economico che vanno dall'esclusione sociale alle nuove povertà.

Crescono le organizzazioni che si fanno carico degli immigrati irregolari o in stato di maggior bisogno, di disoccupati di lungo corso, le organizzazioni attive nei comparti del banco alimentare (distribuzione di pacchi viveri) e attente alle problematiche correlate alla famiglia (soprattutto se monoparentale con figli in età evolutiva, alle prese con fenomeni di disgregazione oltre che di mancanza di reddito e del bene casa).

Come si può vedere dal grafico, la maggioranza delle associazioni di promozione sociale svolgono una funzione educativa ricreativa.

Fig. 3.3.6 - Numero di Associazioni di Promozione Sociale iscritte al Registro Regionale distinte per settore di attività. Veneto - Anno 2012



Fonte: Elaborazione Direzione Regionale Servizi Sociali - Area Terzo Settore - PO Volontariato, Promozione sociale e Progettualità trasversali su dati Registro Regionale delle Associazioni di Promozione Sociale

Circa la metà di tali organismi operano a favore di anziani, coinvolgendoli in iniziative che hanno il duplice scopo di impiegarli a favore della comunità e nel contempo mantenerli inseriti nel contesto sociale e a favore di minori offrendo loro servizi quali il dopo scuola, laboratori musicali, ludici, promozionali del tempo libero, con lo scopo di sostenere la genitorialità e di prevenire future manifestazioni di disagio sociale.

Il 9% circa delle associazioni di promozione sociale svolgono invece un ruolo prettamente assistenziale per i propri associati affetti da patologie cliniche o di disabilità sensoriali (diabetici, mutilati, malattie croniche quali l'epilessia e quelle collegate a forme di allergia alimentare ecc.).

Nel quadro complessivo degli attori sociali, si è distinta la **Cooperazione Sociale**, quale soggetto qualificato per la crescita economica generale e per lo sviluppo delle politiche di welfare in particolare, grazie alla Legge 381/1991 che disciplina le Cooperative sociali e alla LR 23/2006 che identifica le norme per la promozione e lo sviluppo delle cooperative sociali e dei consorzi.

La Regione del Veneto riconosce la Cooperazione Sociale quale soggetto privilegiato per l'attuazione di politiche attive del lavoro finalizzate alla creazione di nuova occupazione e alla promozione di uno sviluppo occupazionale in grado di coniugare efficienza, solidarietà e coesione sociale.

Le Cooperative sociali sono organizzazioni senza scopo di lucro che cercano di coniugare imprenditorialità e solidarietà sociale per raggiungere l'obiettivo per cui esistono ed operano: "le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini" (art. 1 della Legge 381/1991) e lo fanno attraverso la gestione di servizi alla persona - servizi socio sanitari ed educativi (cooperative di tipo A) e lo svolgimento di attività diverse (agricoltura, falegnameria, laboratori tessili, attività editoriali e informatiche, imprese specializzate nelle pulizie di enti/scuole) finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (invalidi fisici, psichici e sensoriali) e deboli - (cooperative di tipo B).

Le caratteristiche che contraddistinguono le Cooperative sociali sono: la gestione democratica e partecipata, la piccola dimensione, il radicamento nel territorio di appartenenza, la specializzazione in ambito di intervento, valorizzazione delle risorse umane, collaborazione e integrazione tra cooperative.

Tutto ciò costituisce un modello efficace nella produzione di servizi alla persona, un modello che sa coniugare l'aspetto economico-finanziario con la domanda di coinvolgimento dei cittadini nella definizione dei propri bisogni e nella produzione di servizi atti a soddisfare tali bisogni.

Oggi in Veneto le cooperative sociali iscritte all'Albo regionale, previsto dalla Legge 381/1991 e stabilito con la LR 23/2006, toccano le 787 unità, un dato in costante crescita anche nell'ultimo biennio nonostante la crisi che affligge tutti i settori.

Tab. 3.3.1 - Numero delle cooperative sociali iscritte all'albo regionale distinte per provincia. Veneto - 31/12/2012

Provincia	Tipo A	Tipo B	Tipo C	Tipo A+B	TOTALE
			Consorzi	Scopo plurimo	
Belluno	9	14	1	1	25
Padova	114	48	9	11	182
Rovigo	29	17	2	11	59
Treviso	77	34	8	8	127
Venezia	67	41	4	8	120
Verona	91	40	2	13	146
Vicenza	77	34	4	13	128
TOTALE	464	228	30	65	787

Fonte: Elaborazione Direzione Regionale Servizi Sociali - Area Terzo Settore - P.O. Sviluppo Politiche del Terzo settore e Cooperazione sociale

In particolare, per quanto attiene le cooperative sociali di tipo B, è da sottolineare che i lavoratori impegnati nelle cooperative con sede in Veneto sono circa 30.000 e le persone svantaggiate occupate sono circa 4.000.

Considerata la grave situazione di crisi del nostro Paese, le cooperative sociali contribuiscono a creare nuove opportunità occupazionali, soprattutto per quelle persone che rappresentano per la loro fragilità di natura sociale, l'anello debole di tutto il sistema. La cooperazione sociale raffigura l'attore che pur nelle difficoltà contingenti è in grado di fornire risposte adeguate per svolgere in maniera responsabile quella funzione pubblica che la legge e l'intera comunità le hanno attribuito nel corso dell'ultimo ventennio.

Oltre ai soggetti appena illustrati, nel territorio veneto assolutamente significativa è la presenza di istituzioni a carattere pubblico che, pur caratterizzate in genere da origini

risalenti nel tempo, sono interessate da un notevole procedimento evolutivo, al fine di tenere il passo delle trasformazioni sociali in essere nel Veneto come in tutta Italia.

Infatti, in relazione a questa situazione, anche il nuovo piano socio-sanitario contempla, tra le strutture socio-sanitarie, la suddivisione tra quelle residenziali (i Centri di Servizio) e quelle semiresidenziali (i Centri Diurni) per persone non autosufficienti, sottolineando il fatto che esse rappresentino due soggetti primari nella erogazione in Regione di servizi socio-sanitari, ponendosi inoltre come fulcro e momento di *trait d'union* tra il sistema ospedaliero con il sistema della domiciliarità.

Le **IPAB** sono le istituzioni di natura pubblica che hanno tradizionalmente perseguito dal 1890, anno della loro creazione, l'opera di assistenza ai poveri, agli anziani, agli infermi e a quanti versavano in condizioni di difficoltà, agli inizi addirittura dei malati, poiché costituivano l'ossatura dei servizi ospedalieri. Inoltre si sono occupate, e lo fanno anche oggi, di assistenza e istruzione all'infanzia e a opere rivolte al sociale in senso lato, anche attraverso contributi e elargizioni di denaro.

Dunque le Opere Pie, come venivano definiti gli enti a carattere sociale e di assistenza antecedentemente, vengono disciplinate dalla prima legge organica rilevante, cioè la n.6972 del 17 luglio 1890, "Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza", detta legge Crispi e rimasta in vigore fino ad oggi. Nascono le "Istituzioni Pubbliche di Beneficenza", costituite da tutte le Opere Pie ed Enti morali di origine privata che hanno come fine statutario il compito di *"prestare assistenza ai poveri"* e *"procurarne l'educazione, l'istruzione, l'avviamento a qualche professione, arte o mestiere, od in qualsiasi altro modo il miglioramento morale ed economico."* Vengono tutti assoggettati ad una gestione pubblica che assume un carattere laico e rivolto a tutti *"senza distinzione di culto religioso o di opinioni politiche"*.

Sin dalle origini perciò le IPAB furono caratterizzate dall'intrecciarsi di una disciplina pubblicistica, caratterizzata dal controllo in sede di vigilanza e tutela, con una permanenza di elementi privatistici, incentrati sul rispetto della volontà dei fondatori e sulla notevole rilevanza delle norme statutarie.

Con l'entrata in vigore della Costituzione, il 1° gennaio del 1948, il panorama normativo è assai mutato, e ancor di più quando, successivamente, si è arrivati alla creazione delle Regioni a statuto ordinario, alle quali furono trasferite le funzioni statali in materia di beneficenza pubblica.

Altro passaggio significativo avvenne con l'emanazione del DPR 616/1977 con il quale si ridefinì il sorpassato concetto di 'beneficenza' con una nozione che fosse più prossima al concetto di 'Servizi sociali', formati da: *"tutte le attività che attengono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione di servizi gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche, sia in denaro che in natura, a favore dei singoli, o di gruppi, qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari, anche quando si tratti di forme di assistenza a categorie determinate, escluse soltanto le funzioni relative alle prestazioni economiche di natura previdenziale"*.

Il susseguirsi di molteplici norme che si sono accavallate tra loro ha inciso notevolmente nella vita di questi enti, il cui ruolo spesso non è stato adeguatamente riconosciuto: le stesse normative nazionali fanno riferimento alle IPAB in modo improprio, chiamandole ex IPAB, nonostante non siano state ancora completamente estinte o trasformate.

Più di recente con la legge 328/2000, e in particolare l'articolo 10, vennero emanati gli indirizzi e i criteri direttivi per la riforma di queste Istituzioni. Sul fatto che le IPAB dovessero essere riformate non c'erano dubbi, data la necessità di almeno modernizzare il *corpus* normativo risalente al 1890. Quasi contemporaneamente, a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione (legge costituzionale n. 3/2001) e con la nuova formulazione degli articoli 117 e 118 della Costituzione, la materia diventa di competenza esclusiva del legislatore regionale. Le singole Regioni hanno quindi valutato in modo diverso le disposizioni del D.Lgs. 207/2001, nel senso che, mentre alcune si sono attenute al suo dettato, altre hanno considerato tali disposizioni come meri orientamenti. Nel Veneto non si è provveduto ad una riforma complessiva.

Con il passare degli anni e le nuove evoluzioni dell'ordinamento giuridico, come sopra accennato, che hanno portato all'assunzione di una maggiore caratterizzazione pubblica, nell'ambito di una generale visione di tutela dei diritti della persona, le IPAB hanno mantenuto un proprio autonomo ruolo, qualificandosi come il fulcro portante del sistema Veneto dei soggetti erogatori di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, operando in modo diretto ma anche affiancando gli enti istituzionalmente preposti.

I servizi erogati dalle IPAB del Veneto possono essere enumerati in tre macro categorie: servizi socio-sanitari a favore delle persone anziane, con particolare riferimento a servizi diurni e residenziali a favore di persone non autosufficienti; servizi socio-educativi a favore della prima infanzia; altre attività di assistenza a carattere sociale.

In particolare in gran parte le IPAB possono rientrare tra quelle che il PSSR riconosce come Strutture a ciclo continuativo a carattere definitivo (o tendenzialmente definitivo): sono dunque caratterizzate da obiettivi di mantenimento della qualità di vita per quanto possibile in un ambiente protetto, risultando di fatto improbabile un rientro a domicilio dell'assistito. Tali strutture dunque si collocano, così il PSSR, nell'ambito dei servizi residenziali per la non-autosufficienza e rappresentano un livello di assistenza per tutta quella utenza non assistibile a domicilio.

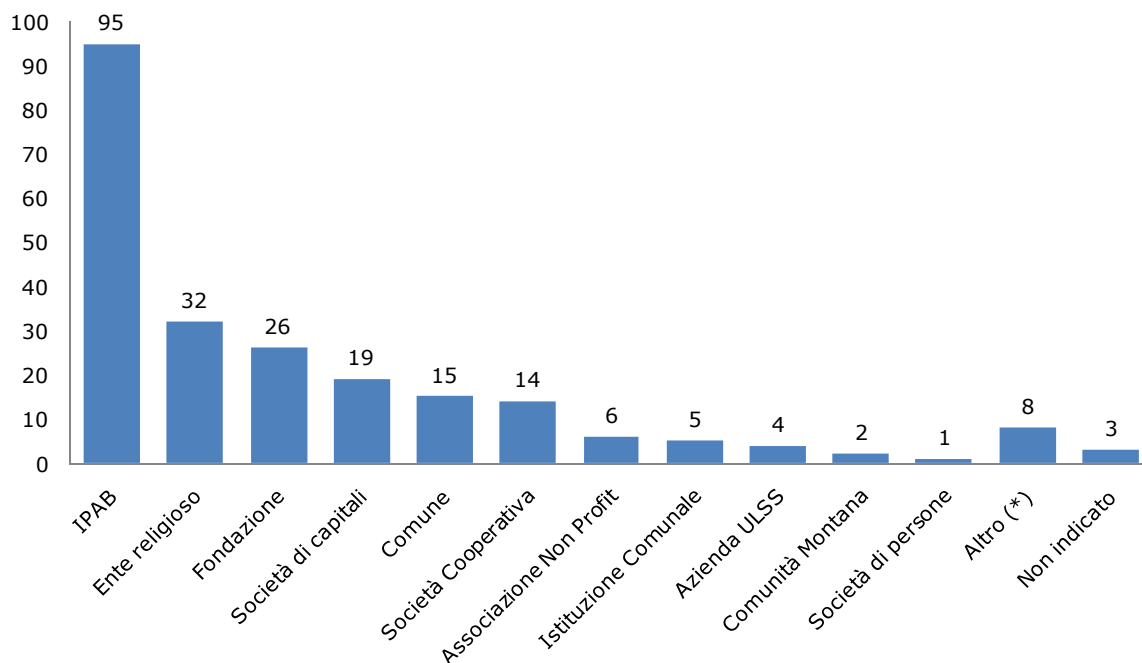
Inoltre da tempo nel Veneto le IPAB contribuiscono in una misura assai rilevante al perseguimento degli obiettivi di politica sociale, nell'ambito del sistema dei servizi sociali regionale.

Nel quadro delineato dal PSSR, le IPAB si inseriscono, con un ruolo primario, nella programmazione locale (Piano di Zona) sia attraverso la collaborazione con le Aziende ULSS e le Amministrazioni locali, sia al fine di dare applicazione a quanto formalizzato nella legge regionale 13 aprile 2001, n. 11, che, letta in coordinamento col medesimo Piano, all'articolo 132 definisce esplicitamente in tal senso il ruolo delle IPAB.

Le IPAB sono tra i soggetti erogatori di 'servizi sociali' tra i più significativi nell'ambito della Regione del Veneto (circa un centinaio che si occupano di servizi alle persone anziane non autosufficienti, sulle duecento totali nel Veneto) e l'evidenza di questo assunto emerge con chiarezza nella figura 3.3.1.: lo sono sia per dimensioni economico-finanziarie che per numero di soggetti assistiti, sia per tradizione storica di presenza sul territorio che qualità dei servizi erogati, generalmente oltre gli *standard* richiesti.

Il PSSR riconosce un ruolo centrale alla 'filiera' dell'assistenza sociale e socio-sanitaria dei Centri di Servizi su zone geografiche generalmente corrispondenti al Distretto dell'Azienda ULSS, anche in relazione al programma regionale di rafforzamento di questa tipologia di servizi. E ciò poiché l'evoluzione demografica oggi in atto, e in particolare con riguardo alla famiglia, ai bisogni delle persone 'fragili' e alla diffusione del ricorso ad 'assistenti familiari', richiedono una continua evoluzione dell'articolazione della rete assistenziale, secondo un sistema complesso e il più possibile personalizzato nell'ambito di ogni territorio. Il Centro di Servizio, dunque, è destinato da un lato a specializzarsi su differenti tipologie di attività offerte alla popolazione e dall'altro anche ad 'aprirsi' ad interventi erogati presso i luoghi di dimora delle persone bisognose di assistenza. Fenomeni rilevati dal PSSR dove, parlando dei Centri di Servizi come 'capisaldi' dell'assistenza residenziale e semi residenziale, si è soffermato ad evidenziare il loro ruolo nell'assistenza specialistica e nelle cure palliative, nella possibilità di offrire servizi riconducibili all'Ospedale di comunità o dell'Unità Riabilitativa Territoriale -le così dette strutture di ricovero intermedie - precisando, da ultimo, la possibilità di erogare altri servizi di supporto alla domiciliarità (es. fornitura pasti, servizi assistenziali e riabilitativi, ecc.), oltre alla tradizionale accoglienza residenziale.

Fig. 3.3.7 - Numero degli enti gestori delle strutture che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone anziane non autosufficienti per profilo giuridico. Veneto - Anno 2011



(*) Altro= Associazione privata laica art. 36 c.c., Azienda speciale comunale, Azienda Speciale Consortile, Azienda Speciale ex art. 114 T.U. Enti Locali, Consorzio tra enti locali, Ente morale, Ente morale di diritto privato, Ente Pubblico Consorzio di Comuni

Fonte: Elaborazione dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali Veneto su dati Rendicontazione delle attività residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti e altri non autosufficienti (SVP e SAPA) anno 2011

L'integrazione fra interventi sociali e sanitari è uno dei principi fondamentali affermati dalla stessa legge n. 328 del 2000: si tratta di prestazioni erogate a persone in stato di bisogno per le quali non è spesso semplice distinguere l'incidenza sulla 'salute' degli interventi sociali rispetto a quelli sanitari. Anzi di norma la salute psicofisica viene meglio garantita dall'intreccio dei due tipi di interventi. Proprio il tipo di attività fornito dalle Istituzioni del Veneto secondo un modello oramai risalente negli anni.

Con LR 15 dicembre 1982, n.55 "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale", che rappresenta la pietra miliare nel modello veneto dell'integrazione socio-sanitaria, veniva dettata la prima disciplina organica regionale degli interventi nel settore dell'assistenza sociale da realizzarsi ".... attraverso un complesso di servizi sociali, coordinati e integrati sul territorio con i servizi sanitari e formativi di base e in armonia con gli altri servizi finalizzati allo sviluppo sociale ..." (art.1 della legge). Con LR 55/1982 veniva stabilito, inoltre, che "Le funzioni relative all'assistenza sociale sono esercitate dai comuni singoli o associati e dalle comunità montane ... Le **unità sanitarie locali** (Uussll), dalla data di entrata in vigore della presente legge, assumono la denominazione di << Unità locale socio - sanitaria >> (Ulss)". Veniva quindi assegnata alla competenza delle ULSS la gestione di alcuni servizi che, per la complessità delle problematiche ad essi afferenti, richiedono una programmazione e una gestione unitaria in ambito territoriale più ampio del singolo comune e delle funzioni che vedono una necessaria integrazione fra interventi sociali e interventi sanitari (l'handicap, i consultori familiari e le tossicodipendenze).

In applicazione della riforma sanitaria bis(DLgs 502/92 e 517/93), con cui veniva realizzata la definitiva regionalizzazione del servizio sanitario nazionale e l'aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali, l'integrazione andò rafforzandosi e specificandosi ulteriormente attraverso le leggi regionali di attuazione sull'aspetto

programmatorio, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie (LR 14 settembre 1994, n.55) e sull'aspetto organizzativo e di funzionamento del Servizio Sanitario Regionale (LR 14 settembre 1994, n.56), nonché mediante la LR 3 febbraio 1996, n.5 di approvazione del Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1996/98.

Nel contesto normativo suddetto, venne fatta la scelta strategica di creare, nell'ambito della direzione strategica aziendale, la figura del direttore dei servizi sociali, con la specifica funzione di assicurare, nell'ambito dell'Azienda Unità Socio Sanitaria Locale, il coordinamento e l'integrazione tra le politiche e le attività sanitarie, socio-sanitarie (ad elevata integrazione sanitaria) e socio-assistenziali, sia per gli aspetti istituzionali che gestionali.

Tali scelte furono confermate anche dalla LR 13 aprile 2001, n.11, che dette applicazione al decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112 *"Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59"*.

Più recentemente nel PSSR 2012/2016 sono state individuate, tra le scelte strategiche per la futura programmazione regionale: la conferma e il consolidamento dell'integrazione socio-sanitaria, che costituisce l'elemento del Servizio Socio-Sanitario veneto e che si fonda sul ruolo svolto dai Comuni e dal Distretto socio-sanitario; l'introduzione della figura del Direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale, responsabile del piano di zona e del funzionamento dei distretti (al fine di garantire maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi territoriali e attivare l'integrazione sociosanitaria); *"la promozione della delega delle funzioni sociali ovvero della gestione associata dei servizi per i Comuni con eventuale esclusione dei capoluoghi di provincia, anche al fine di razionalizzare le risorse e garantire uniformità di trattamento su tutto il territorio regionale ..."*.

La Regione del Veneto, infatti, fin dall'inizio, promosse la **gestione associata delle prestazioni sociali e socio-sanitarie**. Infatti già la legge regionale 55/82, all'art. 6, c. 1 prevedeva la delega all'Azienda ULSS per le prestazioni sociosanitarie e per tutti i servizi che richiedono la maggiore integrazione sociosanitaria. Successivamente la LR 56/1994 stabiliva che *"Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei comuni alle unità locali socio-sanitarie, anche prevedendo specifici finanziamenti, con le modalità definite dal piano regionale socio-sanitario"*.

Tale statuizione venne poi ribadita nella LR 11/2001, art. 130, comma 3, laddove si legge che *"Allo scopo di perseguire pienamente l'integrazione sociosanitaria, la Giunta regionale promuove la delega da parte dei comuni alle ULSS anche mediante l'utilizzo delle risorse nel fondo sociale regionale, delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di cui al comma 2 lettera b) dell'articolo 3 septies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni nonché della gestione dei servizi sociali"*.

Nelle linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona dei servizi sociali, per il quinquennio 2011/2015, è stato espressamente previsto che l'integrazione gestionale è *"... promossa nel territorio attraverso azioni mirate a garantire la gestione unitaria delle funzioni sociali almeno a livello distrettuale già prevista dall'art.4 della l.r. 5/1996, mediante il ricorso alle diverse modalità gestionali previste dalla normativa nazionale e regionale e richiamate di seguito. La promozione della gestione unitaria su base distrettuale deve permettere l'identificazione delle specificità del territorio garantendo una unitarietà di risposta nell'ambito territoriale del piano di zona "* (Allegato A, DGR 157 del 26 gennaio 2010).

Le possibili procedure per la gestione delle suddette funzioni, previste dalle linee guida sui Piani di Zona 2011/2015, sono, oltre alla delega dei Comuni all'Azienda ULSS, le seguenti: l'attivazione di forme associative tra comuni (consorzi, unioni di comuni, comunità montane); convergenza verso il comune capofila del distretto

4. Gli ambiti di priorità per aree di intervento

4.1 Famiglia, Infanzia, Adolescenza, Giovani

La Regione del Veneto persegue la realizzazione di un'organica ed integrata politica di sostegno alla famiglia e riconosce a pieno titolo soggetti di diritto anche i minori di età; propone, inoltre, finalità e risorse destinate alla genitorialità, investendo sullo sviluppo di varie aree. In generale nell'ambito di quest'area si individuano le seguenti sotto - aree:

Area Famiglia

La Regione del Veneto persegue il consolidamento delle politiche che accompagnano la famiglia lungo tutto il corso di vita e, a tal fine, dà impulso ad azioni e opportunità mediante servizi sempre più "relazionali" in cui riconoscere, sostenere, aiutare, promuovere il soggetto e la famiglia senza sostituirsi ad essa, con modalità che favoriscano l'emergere delle potenzialità e la loro evoluzione, nei diversi settori d'intervento: casa, lavoro, trasporti, servizi, tempo libero, orari, assistenza, cura, sostegno e protezione, *in cui la famiglia diventa di diritto soggetto attivo e propositivo.*

La finalità è la realizzazione di una programmazione complessiva per attuare una politica di valorizzazione e sostegno delle diverse "funzioni sociale, riproduttiva, educativa, economica che la famiglia assolve nella società", nell'ambito di una strategia complessiva capace di innovare realmente le politiche per la famiglia e creare i presupposti per un territorio sensibile verso tali tematiche. Attraverso progettualità diverse si attivano processi Audit Famiglia e Lavoro grazie ai quali si creano le condizioni per realizzare tempi, spazi e modalità utili per la conciliazione; si determina il Sistema dei Nidi in Famiglia, attivato nell'ottica della promozione della dimensione familiare quale valida soluzione in relazione alle esigenze delle famiglie e alle necessità dei bambini. I servizi domiciliari all'infanzia organizzati a Sistema consentono di ampliare l'articolazione delle risposte educative ai bambini, costituendosi capillarmente sul territorio, a garanzia un'ampia flessibilità oraria e incrementando fattivamente l'imprenditoria femminile.

Dai dati si evince che al 31 dicembre 2012 il sistema Nido in famiglia ha raggiunto i seguenti risultati: 31 corsi attivati; 272 Nidi in Famiglia attivi in tutto il territorio regionale (distribuiti a livello provinciale: 8 Belluno, 52 Padova, 6 Rovigo, 75 Treviso, 45 Venezia, 55 Verona, 31 Vicenza); 404 Collaboratori educativi regolarmente iscritti agli elenchi regionali; 38 Organizzatori; circa 1.000 bambini ospitati.

Per quanto riguarda l'Audit si rilevano: l'avvio del Piano di formazione per auditori; l'avvio della campagna di sensibilizzazione territoriale; il coinvolgimento nel processo Audit Famiglia&Lavoro di n.7 Aziende del territorio e n. 20 persone per la nuova formazione di Auditore.

Per quanto concerne, invece, le attività promosse nell'ambito della conciliazione tra i tempi di vita e i tempi di lavoro si segnala quanto segue: Intervento a3) - implementazione Madri di giorno: 75 Comuni hanno sottoscritto il protocollo d'intesa con la Regione del Veneto; Interventi b1) e d1) - Incentivi ad aziende Family friendly: n. 42 progetti approvati e finanziati, presentati da differenti attori del territorio (16 aziende private, 9 enti pubblici, 9 cooperative sociali) i cui beneficiari sono i dipendenti; Intervento d2) - Progetto programmi locali dei tempi e degli orari: n. 24 progetti approvati e finanziati presentati da enti pubblici (23 amministrazioni comunali, 1 comunità montana).

Area Prima Infanzia

Dal 2000 al 2012, il numero di posti disponibili in servizi alla prima infanzia (3 mesi – 3 anni) è quasi triplicato, aumentando del 218% e passando da 8.813 posti del 2001 ai 28.053 di oggi.

I servizi per la prima infanzia nella Regione del Veneto ad oggi effettivamente funzionanti sono 810 e possono accogliere un totale di 24.551 bambini.

La distribuzione dei servizi per tipologia e provincia sono riassunti nelle tabelle che seguono:

Tab. 4.1.1 e 4.1.2 - Numero di servizi per le prima infanzia e posti per tipologia e provincia. Veneto - Maggio 2012

Tipologia Servizio	N° servizi	N° posti 3-6 mesi	Provincia	N° servizi	N° posti 3-6 mesi
Asili Nido	245	11.309	BL	25	666
Nidi Integrati	312	6.909	PD	142	4.585
Centri Infanzia	55	1.836	RO	40	1.111
Micronidi	164	3.466	TV	139	4.357
Nidi Aziendali	34	1.031	VE	120	3.795
TOTALE	810	24.551	VI	144	4.453
			VR	200	5.584
			TOTALE	810	24.551

Fonte: Elaborazione dati Direzione Regionale Servizi Sociali - Servizio Famiglia - PO Servizi Prima Infanzia

Considerando, invece, anche i servizi approvati, ma non ancora funzionanti (150 servizi per 3.212 posti) e le domande presentate nel 2010 in conto capitale (7 nuovi servizi per 290 posti), i servizi autorizzati dalla Regione del Veneto diventano 967, per un totale di posti potenziale pari a 28.053.

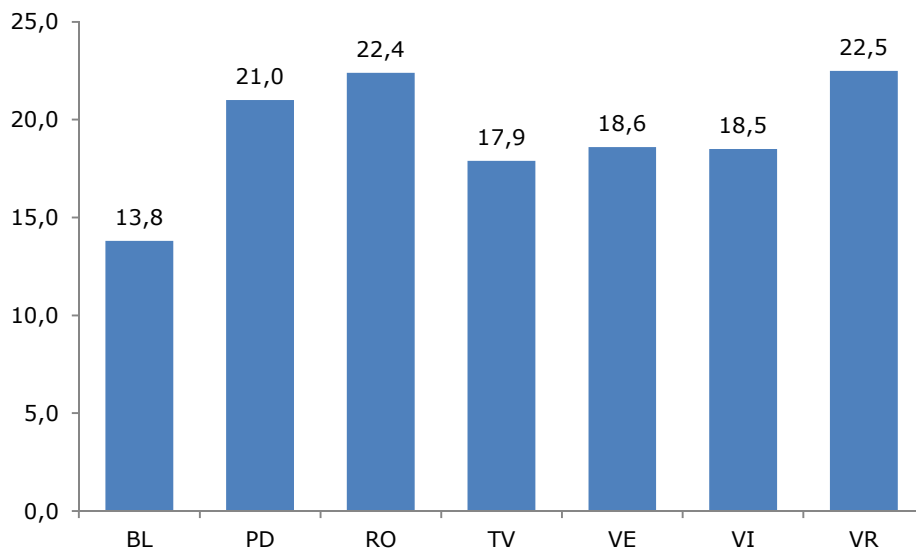
Tab. 4.1.3 - Numero e capienza dei servizi per la prima infanzia autorizzati per tipologia e provincia. Veneto - Maggio 2012

Provincia	Tipo servizio											TOTALE	
	Asili nido		Nidi integrati		Centri infanzia			Micronidi		Nidi aziendali		N° servizi	N° posti 12-36 mesi
	N° servizi	N° posti	N° servizi	N° posti	N° servizi	N° posti 12-36 mesi	N° posti 3-6 anni	N° servizi	N° posti	N° servizi	N° posti		
BL	5	229	10	218	2	58	40	8	150	0	0	27	724
PD	54	2.326	58	1.365	20	745	1.497	48	1.039	5	170	186	5.676
RO	13	510	28	501	6	230	315	3	58	0	0	51	1.339
TV	36	1.628	54	1.349	24	845	1.172	34	637	3	64	163	4.904
VE	54	2.348	48	928	5	115	195	27	598	6	190	142	4.228
VI	51	2.393	68	1.567	1	31	180	36	697	1	18	162	4.876
VR	64	2.892	87	1.674	9	221	274	66	1.196	4	133	236	6.306
TOTALE	277	12.326	353	7.602	67	2.245	3.673	222	4.375	19	575	967	28.053

Fonte: Elaborazione dati Direzione Regionale Servizi Sociali - Servizio Famiglia - PO Servizi Prima Infanzia

Questo dato confrontato con la popolazione 0-2 anni evidenzia un grado di copertura del 19,6%, con punte sopra la media regionale nelle province di Padova, Rovigo e Verona.

Fig. 4.1.1 - Grado di copertura provinciale dei Servizi per la prima infanzia. Veneto - Anno 2012

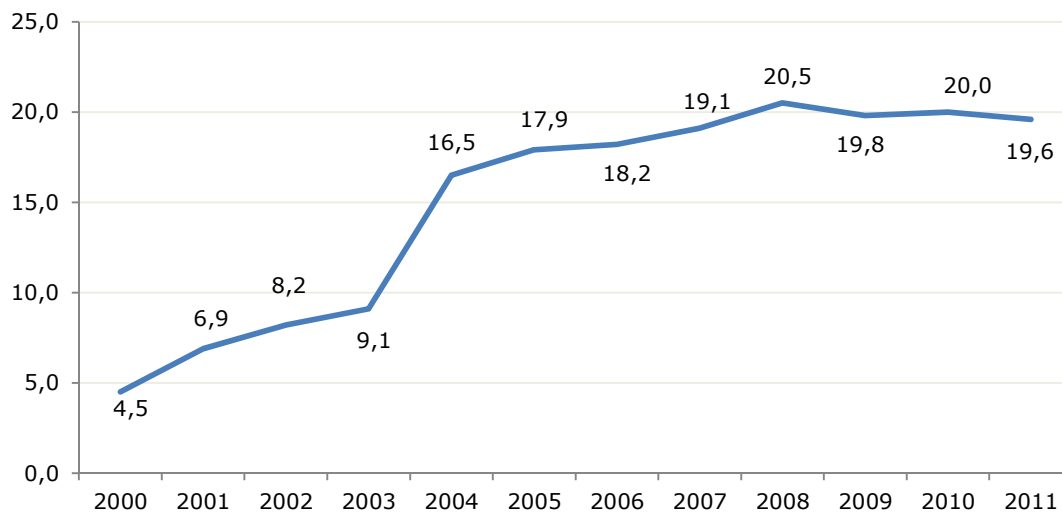


Fonte: Elaborazione dati Direzione Regionale Servizi Sociali - Servizio Famiglia - PO Servizi Prima Infanzia

Tale livello di copertura posti pone la Regione del Veneto tra le prime posizioni a livello nazionale nel campo dei servizi alla prima infanzia. Nonostante quanto detto finora, l'incremento della copertura regionale negli ultimi anni è stato minimo (Fig. 4.1.2).

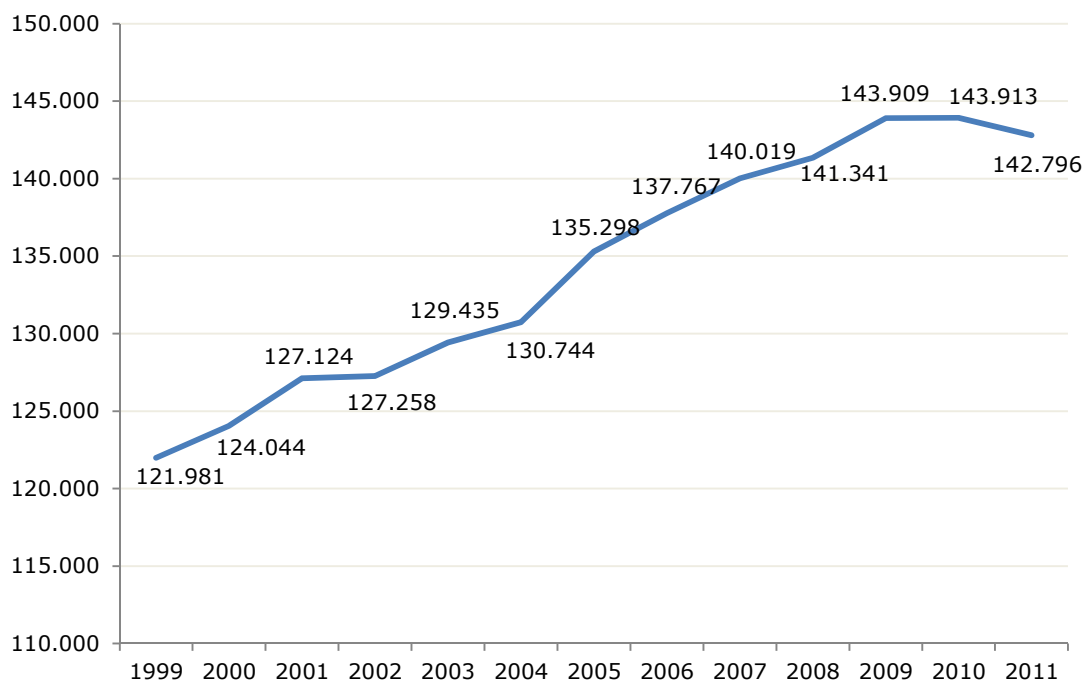
26

Fig. 4.1.2 - Grado di copertura dei Servizi per la prima infanzia. Veneto - Anni 2000 : 2011



Fonte: Elaborazione dati Direzione Regionale Servizi Sociali - Servizio Famiglia - PO Servizi Prima Infanzia

Questo fenomeno è dovuto principalmente ad un aumento costante della popolazione regionale nella fascia 0-3 anni.

Fig. 4.1.3 - Popolazione 0-3 anni residente al 31/12. Veneto - Anni 1999 : 2011

Fonte: Elaborazione Direzione Regionale Servizi Sociali su dati ISTAT

Un altro fattore da non sottovalutare è la crisi economica che ha colpito tutto il territorio veneto, che ha portato molti Enti con servizi alla prima infanzia approvati, ma non ancora funzionanti, ad abbandonare la realizzazione di tali progetti.

Area Promozione Persona e Famiglia

I **Consultori familiari**, istituiti e disciplinati con la L. R. del 25 marzo 1977, n. 28 nati per assistere la donna ed il nascituro, si attestano nel tempo quali servizi di consulenza e di assistenza al singolo, alla coppia e alla famiglia nella sua interezza, perfezionando la capacità di interfacciarsi con gli altri servizi socio-sanitari dell'Area Famiglia, infanzia, adolescenza, giovani. Essi costituiscono una rete capillare e articolata presente su tutto il territorio regionale, con 138 sedi, di cui 111 pubbliche afferenti alle 21 Aziende ULSS e 27 private-autorizzate. Sono dotati di un'equipe multi-professionale.

Nel periodo di riferimento sono stati 741 gli operatori che hanno svolto attività nell'ambito di due macro aree specifiche consultoriali: 1) Prevenzione e Promozione e 2) Sostegno e Cura. Per quanto riguarda la prima area, sono stati realizzati interventi di offerta attiva di proposte ed iniziative, di informazione/formazione/sostegno su diverse tematiche, fra cui risultano particolarmente significativi il "percorso nascita" con la percentuale più alta di attività (44,6%) e, a seguire, "l'educazione socio affettiva e sessuale" (22,9%) e "il percorso 0-3" (16%).

Per quanto concerne l'area Sostegno e Cura, gli interventi programmati rispondono alla domanda di supporto e/o presa in carico della persona e della famiglia espressa da uno o più dei suoi membri, e sviluppati con particolare riguardo all'aspetto relazionale. Le prestazioni sanitarie di assistenza diretta (ambito prettamente medico-ginecologico, infermieristico, ostetrico, di assistenza sanitaria, di assistenza psicologica) comprendono colloqui e visite ostetrico-ginecologiche; le prestazioni psicologiche e sociali di assistenza diretta prevedono consulenze, colloqui, visite domiciliari, psicoterapia, valutazione delle funzioni genitoriali, sostegno e mediazione familiare. In riferimento a tale area, si rileva che sono state erogate nell'anno 2011 complessivamente 734.685 prestazioni, di cui 463.625 nell'area sanitaria, 142.661 nell'area psicologia-sociale su mandato istituzionale e 128.399 senza mandato.

Nel 2011 sono stati 114.939 gli utenti che si sono rivolti ai consultori familiari pubblici, di cui 99.386 donne (pari al 86,47%) e 15.553 uomini (pari al 13,53%).

Area Tutela Minori

Il Progetto regionale di prevenzione, contrasto e presa in carico delle situazioni di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale di minori ha preso avvio, già nell'anno 2002, con l'obiettivo di individuare le azioni e gli strumenti più efficaci per arginare uno dei problemi più gravi e complessi della nostra epoca (DGR del 30 dicembre 2002, n. 4031) in linea con quanto disposto dalla normativa regionale (DGR n. 3792/2002 sui Livelli Essenziali di Assistenza) e nazionale (Legge 3 agosto 1998, n. 269 "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù" e Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli adottata a Strasburgo il 25 gennaio 1996, ratificata successivamente con Legge 20 marzo 2003, n. 77).

Con le deliberazioni 30 dicembre 2003 n. 4236 e n. 4245, la Regione del Veneto ha dato piena realizzazione al Progetto. Sono stati attivati, infatti, cinque Centri provinciali ed interprovinciali di protezione e cura per gli interventi terapeutici a favore dei bambini, dei ragazzi che hanno vissuto situazioni di abuso sessuale o di grave maltrattamento, e delle loro famiglie, dotati di personale altamente formato e specializzato e resi operativi con valenza provinciale o interprovinciale come di seguito indicato:

- Centro "Il Germoglio" - Fondazione S. Maria Mater Domini (Venezia e provincia);
- Centro "I Girasoli" - Azienda ULSS n. 16 di Padova (Padova, Rovigo e province) ;
- Centro "Il Tetto Azzurro" - Associazione Telefono Azzurro (Treviso, Belluno e province);
- Centro "L'Arca" - Azienda ULSS n. 6 di Vicenza (Vicenza e provincia);
- Centro "Il Faro" - Aziende ULSS n. 20, 21, 22 (Verona e provincia).

La delibera 8 agosto 2008, n. 2416, "*Linee di indirizzo regionali per lo sviluppo dei servizi di protezione e tutela del minore - Biennio 2009/2010*" ha previsto il consolidamento delle attività di contrasto e cura delle situazioni di grave maltrattamento e abuso sessuale in un sistema territoriale di servizi allargato ed integrato per la protezione e tutela del minore.

Si tratta di Centri specialistici di II livello, il cui obiettivo generale è integrare, attraverso interventi specialistici, il progetto dei servizi e delle istituzioni a protezione dei bambini e ragazzi, e delle loro famiglie, quando coinvolti in situazione di abuso sessuale e grave maltrattamento.

Le attività in sintesi sono finalizzate a:

- promuovere azioni di sensibilizzazione, informazione e formazione del territorio di riferimento;
- offrire consulenza agli operatori dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari del territorio di competenza;
- predisporre e realizzare i necessari interventi terapeutici per i minori che hanno vissuto situazioni di abuso o di grave maltrattamento, e per i loro familiari.

L'analisi esplorativa condotta, con particolare riguardo al biennio di riferimento della presente relazione, mette in evidenza il livello dell'impegno assunto, il sistema di relazioni annuali attuate, la tipologia degli interventi effettuati a vario titolo e livello dai soggetti coinvolti nei specifici ambiti e altri interessanti elementi di tipo informativo, che consentono di constatare sul piano "conoscitivo - problematico" le dinamiche di lavoro svolto nei Centri della nostra Regione.

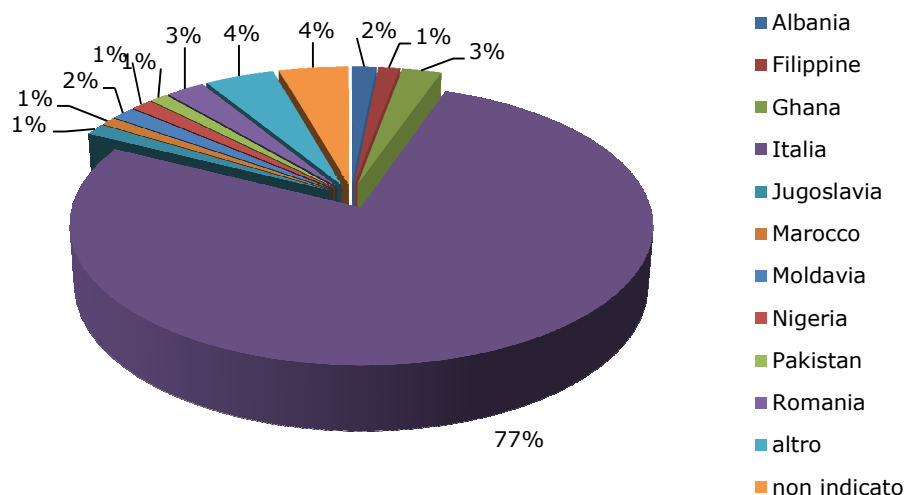
Il numero di minori seguiti dai Centri nell'anno 2012 risulta pari a 522, di cui il 60% rappresentato da femmine. La fascia d'età più significativa è quella compresa tra 14 e 17 anni per le femmine (31,9%) mentre per i maschi è quella compresa tra i 6 e 10 anni (32,1%).

Tab. 4.1.4 - Numero e distribuzione percentuale dei minori in carico ai Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie per genere e fasce d'età. Veneto - Anno 2012

Fasce d'età	Genere				TOTALE	
	Femmine		Maschi		N°	%
	N°	%	N°	%		
0 - 5 anni	30	9,6%	23	11,0%	53	10,2%
6 - 10 anni	74	23,6%	67	32,1%	141	27,0%
11 - 13 anni	57	18,2%	59	28,2%	116	22,2%
14 - 17 anni	100	31,9%	49	23,4%	149	28,5%
18 anni e più	43	13,7%	4	1,9%	47	9,0%
Non indicato	9	2,9%	7	3,3%	16	3,1%
TOTALE	313	100,0%	209	100,0%	522	100,0%

Fonte: Elaborazioni dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali Veneto su dati Rilevazione attività dei Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie anno 2012

Fig. 4.1.4 - Distribuzione dei minori in carico ai Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie per cittadinanza. Veneto - Anno 2012



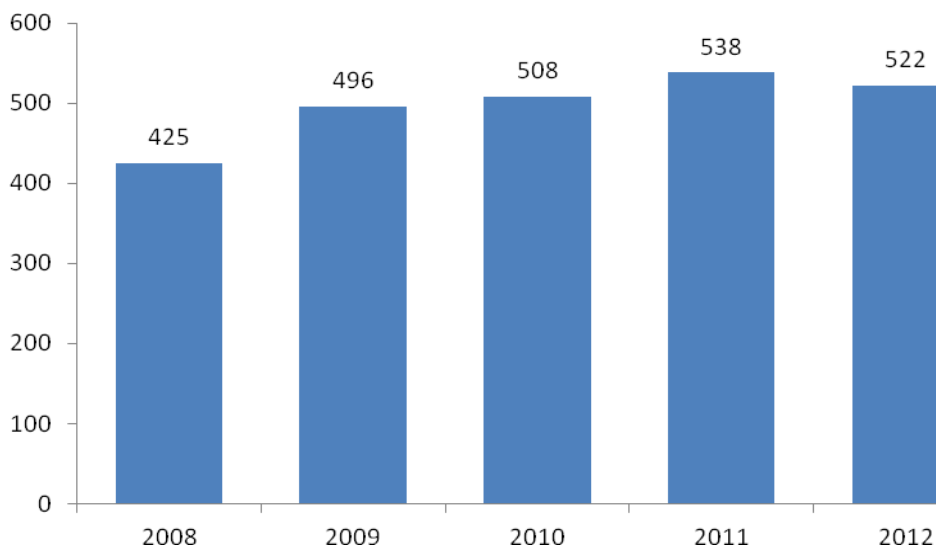
Totale utenti: 522

Fonte: Elaborazioni dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali Veneto su dati Rilevazione attività dei Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie anno 2012

La maggioranza dei minori seguiti è di cittadinanza italiana (77%); tra gli stranieri l'accesso al servizio è avvenuto è più frequente per i minori di cittadinanza romena e ghanese.

I minori vittime in carico ai Centri interprovinciali di cura e protezione dei bambini e delle famiglie dal 2008 al 2012 hanno registrato un trend in crescita, dovuto anche al significativo lavoro di rete effettuato dalle Equipe in relazione ai servizi sociali, socio-sanitari e sanitari presenti nel territorio di competenza.

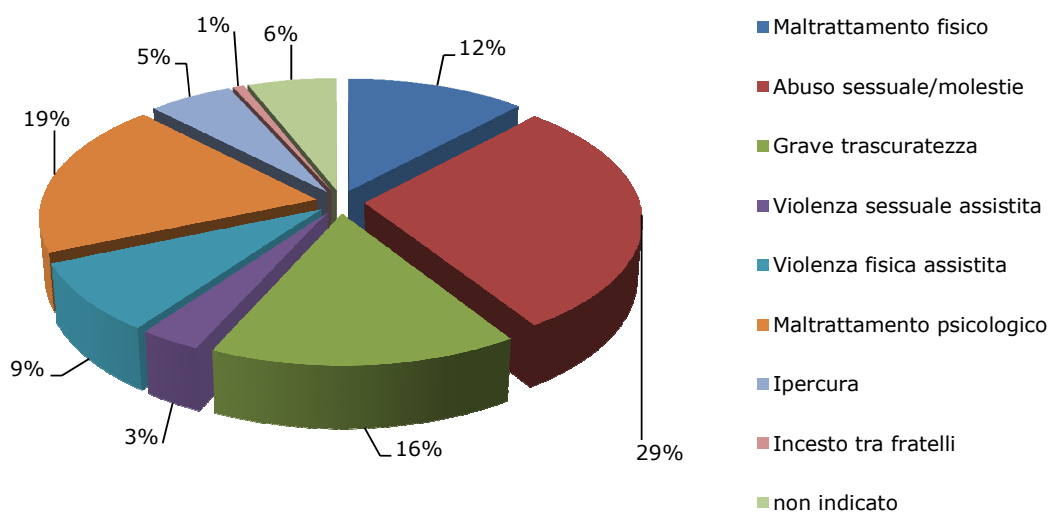
Fig. 4.1.5 - Numero dei minori in carico ai Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie. Veneto - Anni 2008 : 2012



Fonte: Elaborazioni dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali Veneto su dati Rilevazione attività dei Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie anni 2008-2012

È importante evidenziare in questa sede il dato riguardante la "tipologia di maltrattamento segnalato": complessivamente l'abuso sessuale rappresenta il 29% dei maltrattamenti subiti; si riscontra inoltre una distinzione tra le distribuzioni delle tipologie di maltrattamento rispetto al contesto intra o extra familiare. Il maltrattamento intrafamiliare rappresenta l'80% dei maltrattamenti subiti, con prevalenza dell'abuso sessuale e del maltrattamento psicologico; quello extrafamiliare riguarda il 20% dei casi, rappresentato per la quasi totalità dei casi dall'abuso sessuale/molestie.

Fig. 4.1.6 - Distribuzione dei minori in carico ai Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie per tipologia di trattamento segnalato. Veneto - Anno 2012



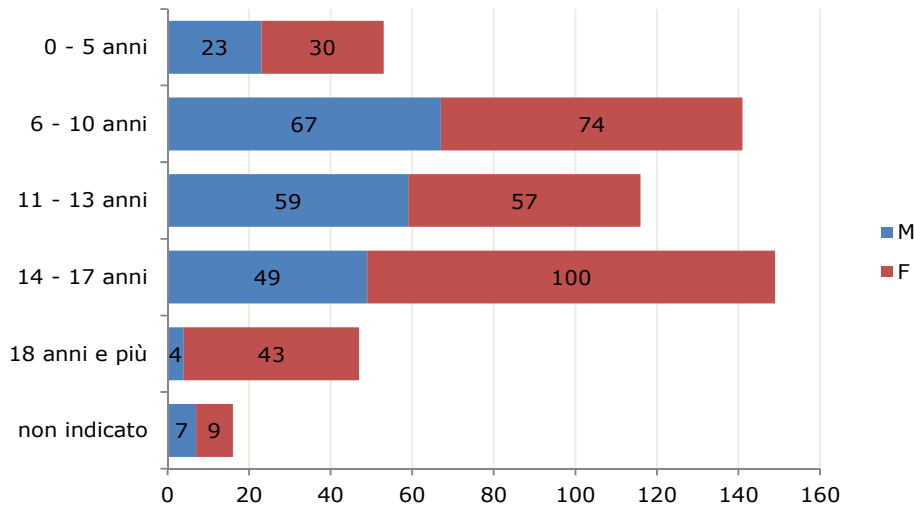
Totale maltrattamenti: 694

Fonte: Elaborazioni dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali Veneto su dati Rilevazione attività dei Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie anno 2012

Si rileva, peraltro, che la percentuale dei maltrattamenti si ripartisce diversamente per genere ed età: le femmine riguardano il 60% dei casi a fronte di un 40% dei maschi.

Anche nella distribuzione congiunta delle due variabili consideratesi riscontrano differenze: i maschi sembrano subire maltrattamenti per lo più nei primi 13 anni di vita, le femmine mostrano un picco percentuale nella fascia 14-17 anni.

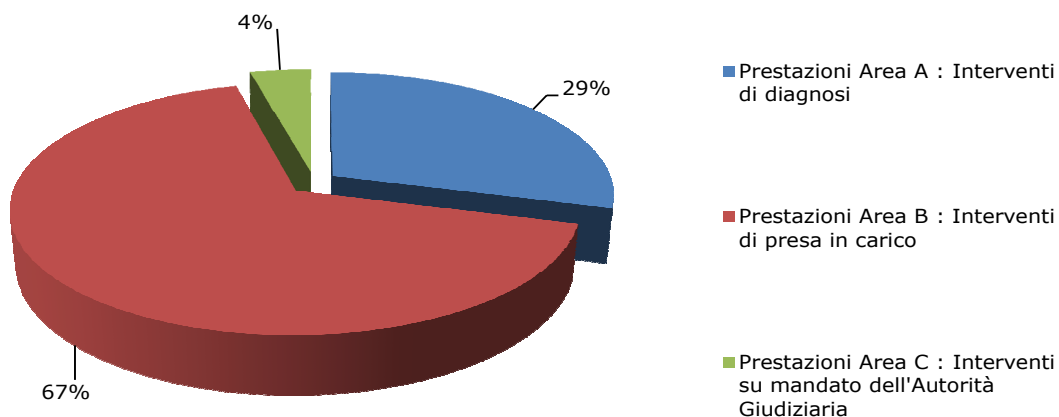
Fig. 4.1.7 - Distribuzione dei minori in carico ai Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie per fasce d'età e genere. Veneto - Anno 2012



Fonte: Elaborazioni dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali Veneto su dati Rilevazione attività dei Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie anno 2012

Nella figura di seguito riportata è rappresentata la distribuzione in percentuale della tipologia di prestazioni effettuate nel 2012, rispetto alla diagnosi, agli interventi di presa in carico e agli interventi su mandato dell'Autorità Giudiziaria.

Fig. 4.1.8- Distribuzione delle prestazioni per tipologia di intervento dei Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie. Veneto - Anno 2012



Totale prestazioni: 18.092

Fonte: Elaborazioni dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali Veneto su dati Rilevazione attività dei Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie anno 2012

Un aspetto qualificante è costituito dall'azione di monitoraggio del fenomeno, che la Regione ha posto in essere, avvalendosi del supporto dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali. Raccogliere, aggiornare ed elaborare costantemente tutti i dati relativi all'attività dei Centri regionali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle famiglie consente, infatti, di attivare un sistema di conoscenza fondamentale per la valutazione e programmazione degli interventi regionali mirati alle politiche dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari e costituiscono una fonte qualificata per poter rispondere, nel modo più opportuno, alle specifiche esigenze rappresentate dalla realtà veneta.

Negli ultimi anni la Regione del Veneto ha inteso dare un forte impulso all'attuazione di un'adeguata politica familiare che tuteli e sostenga le funzioni della famiglia e dei suoi diritti, riconoscendone l'importante ruolo sociale, educativo e formativo, attraverso la promozione di alcune iniziative.

Con provvedimento 3 agosto 2011, n. 1360, la Giunta Regionale Veneta ha deliberato il "Programma degli interventi economici straordinari a favore delle famiglie con parti trigemellari e delle famiglie con numero di figli pari o superiore a quattro", destinando il fondo di € 1.000.000,00.

Il Programma da realizzarsi da parte dei Comuni della Regione del Veneto ha previsto a favore delle famiglie numerose, un supporto economico una tantum, denominato "Bonus famiglia", fissato come segue:

- Famiglie numerose con numero di figli pari o superiore a quattro:
 - famiglie con un numero di figli pari o superiore a nove - € 1.200,00;
 - famiglie con un numero di figli pari a otto - € 1.000,00;
 - famiglie con un numero di figli pari a sette - € 900,00;
 - famiglie con un numero di figli pari a sei - € 800,00;
 - famiglie con un numero di figli pari a cinque - € 700,00;
 - famiglie con un numero di figli pari a quattro - € 600,00;
- Famiglie con parti trigemellari - € 900,00.

Gli esiti dell'iniziativa hanno evidenziato una rilevante partecipazione da parte delle famiglie, esprimendo il grande disagio sociale ed economico che le sta interessando in questo preciso momento storico; infatti, sono state 1.355 le famiglie che hanno ottenuto il bonus famiglia, su un totale di 3.883 richieste inoltrate da 450 Comuni della Regione del Veneto.

In considerazione degli effetti positivi suddetti, tale iniziativa è stata riproposta nell'anno 2012, con il provvedimento della Giunta Regionale n. 1402/2012, destinando la somma di € 2.500.000,00. Sono state 4.803 le famiglie che hanno richiesto il bonus, di cui 1.855 famiglie straniere. Le famiglie ammesse al contributo sono risultate 3.856, di cui 1.785 straniere provenienti da ben 74 paesi diversi.

La Regione del Veneto nell'ambito della tutela dei minori è da tempo impegnata nello sviluppo e nella valorizzazione di politiche volte alla promozione e al sostegno di azioni e progettualità sempre più finalizzate all'armonizzazione e al consolidamento di un efficace sistema di protezione e cura. Anche a fronte di un corpus normativo internazionale, nazionale e regionale in evoluzione, dei notevoli cambiamenti intervenuti nella struttura sociale e demografica e della crescente complessità delle situazioni in carico, si rende più che mai necessaria l'attivazione di progetti di cura e protezione sempre più idonei, personalizzati e attenti alle necessità e peculiarità delle situazioni dei bambini e dei ragazzi allontanati o a rischio di allontanamento dalla propria famiglia.

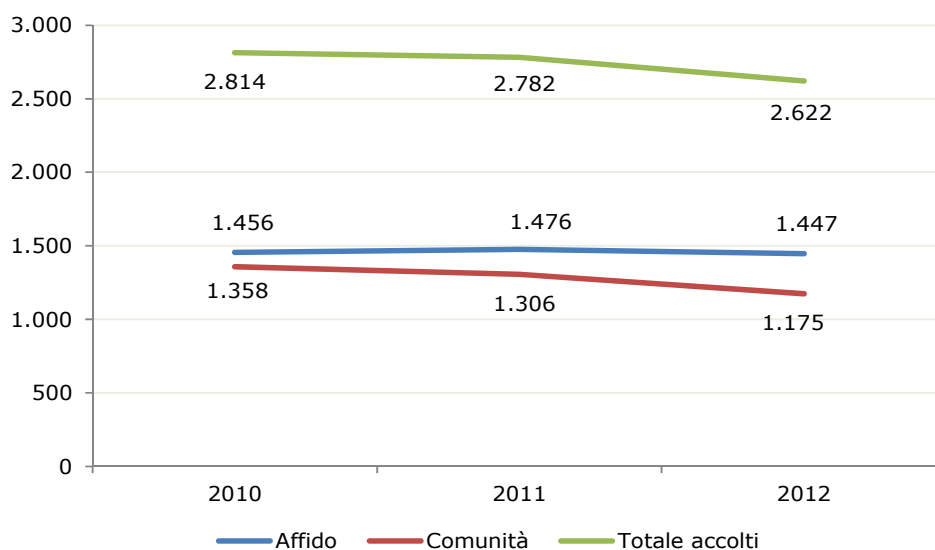
Conseguentemente, e nell'ottica di un welfare centrato sulle relazioni e del processo di de-istituzionalizzazione e di riorganizzazione del sistema di protezione e cura attivatosi con la DGR 2416/08, è divenuto preminente il sostegno all'integrazione dei servizi coinvolti nei percorsi di presa in carico. Ciò attraverso il coinvolgimento attivo degli operatori del servizio pubblico e del privato sociale al fine di garantire in tutto il territorio regionale alti livelli di qualificazione dell'intervento e dell'effettività dei diritti dei minori e delle loro famiglie.

Coerentemente agli obiettivi suddetti, la programmazione regionale pone inoltre particolare attenzione alla costruzione condivisa: di un sistema di progettazione di interventi volti alla protezione della "relazione genitore-figlio" quale elemento imprescindibile di un percorso di cura e protezione a tutela del minore; di interventi finalizzati all'ascolto dei bambini e degli adolescenti inseriti in strutture di accoglienza e in affido familiare per favorire sempre più il loro attivo ed effettivo coinvolgimento nei percorsi di cura che li riguardano.

La Regione del Veneto, già a partire dal 2006, ha avviato una politica fortemente orientata allo sviluppo dell'affidamento familiare individuato quale risorsa elettiva finalizzata al sostegno dei minori e delle loro famiglie in difficoltà. Ad una prima fase di formazione e promozione sull'affido, che ha portato all'elaborazione delle "Linee Guida Regionali per l'affido", approvate con DGR 2 dicembre 2008, n. 3791, e alla costituzione dei Centri per l'affido e la solidarietà familiare (CASF), è seguito il supporto operativo ai percorsi di accoglienza familiare attraverso la destinazione di risorse a copertura delle spese sostenute dagli Enti competenti.

A partire dalla necessità di rispondere in maniera adeguata ad ogni situazione di difficoltà in cui sono coinvolti bambini e adolescenti con famiglie fragili si è ritenuto e si ritiene di fondamentale importanza promuovere e sviluppare sempre più ogni forma di contrasto all'allontanamento anche e soprattutto attraverso il potenziamento dell'offerta di servizi e di attività volte al sostegno e all'implementazione delle cosiddette "risorse accoglienti". Quanto più ampio sarà il ventaglio di interventi di cui poter disporre e a cui accedere tanto più personalizzati saranno i percorsi di cura e protezione finalizzati a garantire a tutti gli effetti il consolidamento e lo sviluppo efficace dei processi di deistituzionalizzazione.

Fig. 4.1.11 - Numero bambini e ragazzi in affido familiare e in comunità. Veneto - Anni 2010 : 2012



Fonte: Elaborazioni dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali Veneto su dati Ge.Min.I. anni 2010 : 2012

A partire dai dati presenti nel sistema di raccolta regionale Ge.Min.I., risulta che i bambini e gli adolescenti allontanati dalla propria famiglia d'origine sono, per l'anno 2012, 2.622, di cui 1.447 in affidamento familiare e 1.175 in strutture residenziali. Il totale degli accolti è andato via via diminuendo, con la componente dell'affido leggermente preponderante rispetto all'inserimento in struttura. Degli affidamenti familiari presenti nel 2012, 783 sono giudiziali e quindi disposti con provvedimento del Tribunale dei Minori, mentre 664 sono stati attivati in forma consensuale. La forma di affido più utilizzata nei progetti di inserimento è quella residenziale (1.202), ma si ritiene

importante che si possa disporre anche di uno strumento quale l'affido diurno (245 minori nel 2012) che permette alla famiglia di origine di essere sostenuta quotidianamente nel suo compito educativo. Si sottolinea infine che dei 1447 accolti in affidamento familiare, 940 sono di nazionalità italiana e 506 di nazionalità straniera, di cui 148 minori stranieri non accompagnati.

Il Sistema Veneto Adozioni

L'adozione nella Regione del Veneto è un fenomeno sociale importante e per il quale, in linea con la normativa nazionale di riferimento (legge 184/1983 modificata dalle legge 476/98 e legge 149/01), è stata profusa una particolare attenzione che ha portato nel tempo alla costruzione del c.d. "sistema Veneto Adozioni". In linea con le suddette normative nazionali, sono state attivate 26 equipe adozioni operanti all'interno dei consultori familiari pubblici con il compito di vigilare e sensibilizzare le coppie sull'adozione nazionale ed internazionale, di svolgere le indagini psico sociali sugli aspiranti genitori adottivi su mandato del Tribunale per i Minorenni e di vigilare, sempre su mandato del Tribunale, sugli inserimenti adottivi. I protocolli operativi previsti dalla normativa nazionale succedutisi negli anni (l'ultimo siglato nel 2012, DGR29 dicembre 2011, n. 2497) hanno visto il coinvolgimento della Regione (e quindi dei servizi territoriali), degli enti autorizzati e del Tribunale per i Minorenni.

I protocolli, le progettualità provinciali ove operano di concerto pubblico e privato, la presenza di un sito internet (www.venetoadozioni.it), nonché le attività di formazione costituiscono a tutti gli effetti la struttura del sistema Veneto Adozioni. Sistema che, oltre ad accompagnare e sostenere la coppia in tutto il percorso adottivo, garantendo una efficace integrazione tra i vari soggetti coinvolti, ha spostato il focus dal giudicare/valutare all'accompagnare/sostenere chi intraprende il percorso adottivo sia nazionale che internazionale. Il sistema Veneto Adozioni opera affinché l'inserimento del bambino nella sua famiglia adottiva risulti il meno traumatico e difficile possibile. L'impegno e la passione di tutti gli attori ha inoltre determinato il coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale il quale è a sua volta sottoscrittore di un protocollo aggiuntivo relativo alla specificità dell'inserimento scolastico del minore adottato.

La Regione del Veneto si è inoltre dotata di un sistema di rilevazione informativo, denominato Adonet, il quale consente il monitoraggio sul territorio regionale dei percorsi delle coppie adottive e delle diverse fasi del procedimento adottivo.

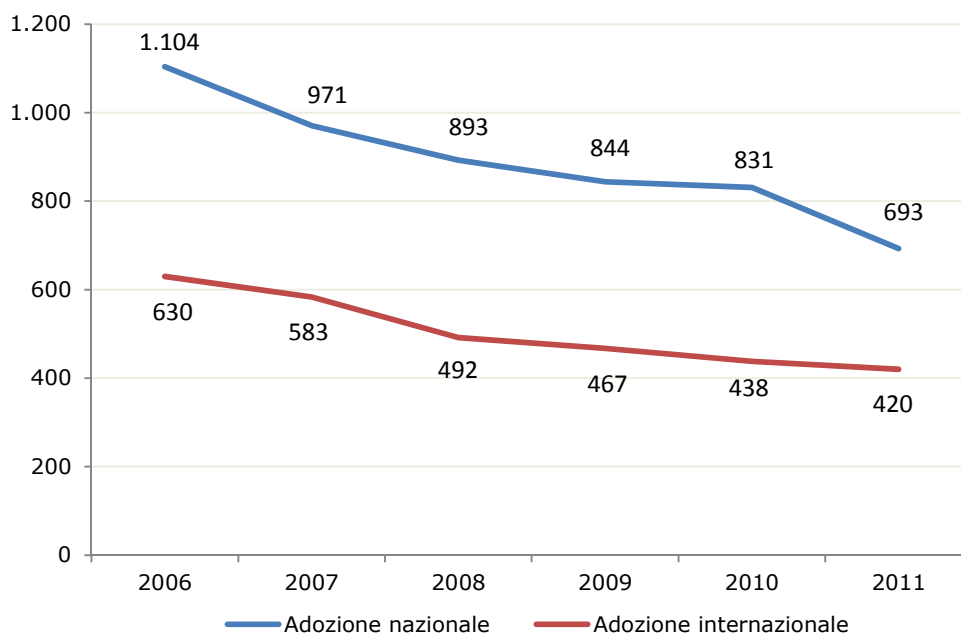
Tra i primi in Italia, la Regione del Veneto ha previsto corsi di informazione e sensibilizzazione rivolti alle coppie già prima della presentazione della dichiarazione di disponibilità all'adozione presso il Tribunale: tali corsi aiutano le coppie ad intraprendere (o meno) il proprio percorso adottivo con maggiore cognizione di causa e consapevolezza. La prima parte del corso viene svolta dai servizi territoriali ed è rivolto a tutte le coppie mentre la seconda parte è tenuta dagli enti autorizzati firmatari del Protocollo Regionale ed è rivolta alle coppie interessate anche all'adozione internazionale. Ulteriore specificità del sistema è il lavoro di rete tra pubblico e privato sociale che si sviluppa in attività per le coppie nel periodo dell'attesa (incontri, serate svolte dai servizi territoriali e dagli enti autorizzati firmatari) e in incontri rivolti alle coppie nel post adozione. L'attività di sostegno svolta nel post adozione si concretizza inoltre mediante la realizzazione di interventi psico-sociali individuali (consulenze), di gruppo (gruppi di genitori adottivi), di incontri su tematiche inerenti l'esperienza adottiva e sulla promozione di iniziative di formazione. I dati mostrano che nel corso del 2011 si sono realizzati 70 corsi di informazione e sensibilizzazione su tutto il territorio regionale tenuti dai servizi territoriali. Le coppie partecipanti sono state 446 (quasi 1.000 persone), mentre i colloqui informativi si sono attestati a 684. Le equipe adozioni dei consultori familiari regionali hanno inoltre concluso 651 studi di coppia su mandato del Tribunale per i Minorenni a fronte di una richiesta complessiva di 671. E' inoltre da segnalare il numero complessivo di minori che sono stati seguiti dalle equipe adozioni: 725. Nel corso del 2011 sono stati adottati un totale di 402 minori per l'80% con l'adozione internazionale.

Tab. 4.1.5 - Richieste per studi di coppia e studi di coppia conclusi dalle équipes adozioni. Veneto - Anno 2011 (*)

Tipologia	Richieste per studi di coppia	Studi di coppia conclusi
Studio ex art. 44	44	44
Studio di coppia TM	461	443
Studio per estensione idoneità	3	4
Studio per ulteriore indagine	15	12
Studio per approfondimento	27	21
Studio per rinnovo adozione nazionale	121	127
TOTALE	671	651

(*) L'articolo 44 della Legge 149/2001 è quello che riguarda le cosiddette "adozioni speciali"
Fonte: Adonet anno 2011

I dati del Tribunale per i Minorenni di Venezia relativi al 2011 evidenziano un totale di 1.113 dichiarazioni di disponibilità presentate (62,2% relativi all'adozione nazionale ed il 37,7% relative all'internazionale). Per quanto riguarda i decreti di idoneità all'adozione internazionale nell'anno ne sono stati emessi 319, con una percentuale di rigetti pari al 10,6%.

Fig. 4.1.12 - Domande di disponibilità all'adozione nazionale ed internazionale. Veneto - Anni 2006 : 2011

Fonte: Tribunale dei Minori

Per quanto riguarda l'adozione internazionale il Veneto nel 2011 è stata la terza regione italiana per numero di coppie adottive (291) ed ha accolto 324 minori da paesi stranieri.

Tab. 4.1.6 - Numero bambini e ragazzi adottati per classi d'età e tipo adozione (nazionale o internazionale). Veneto - Anno 2011

Fasce d'età	Tipo adozione		Totale
	Nazionale	Internazionale	
Meno di 1 anno	24	17	41
1-4 anni	25	145	170
5-9 anni	19	140	159
10 anni e più	10	22	32
TOTALE	78	324	402

Fonte: Adonet anno 2011

Area Politiche giovanili

Le politiche giovanili regionali sviluppano nel corso degli anni 2011 e 2012 la seconda e la terza annualità dell'Accordo di Programma Quadro (APQ) in materia di Politiche Giovanili, siglato dalla Regione del Veneto con il Ministero dello Sviluppo Economico (MISE) ed il Dipartimento della Gioventù della Presidenza del Consiglio dei Ministri. La difficile situazione economica internazionale, i cui effetti vanno a colpire in modo pesante le giovani generazioni, come reso evidente dal preoccupante aumento del tasso di disoccupazione, ha richiesto una rilettura delle misure di intervento definite nell'APQ che potesse incentivare lo sviluppo regionale, partendo dalla forza creativa insita in tale fascia di popolazione.

Le sei azioni in cui esso si articola vengono, quindi, riviste rispetto alla prima annualità, imprimendo un'accelerazione all'azione A dedicata alla creatività giovanile ed "incanalandola" verso settori nuovi per le politiche sociali, di cui le politiche giovanili costituiscono un'area importante come fattore destinato ad incidere sullo stesso assetto sociale e sulle sue proiezioni future, anche in relazione all'invecchiamento della popolazione e all'esigenza di investire sulla formazione di nuove famiglie.

L'azione A viene articolata nel 2011 e nel 2012 in due bandi: "Crea-lavoro: creatività giovanile per il Veneto del nuovo sviluppo" e "Analisi, studio e diffusione di opere culturali e multimediali giovanili" - Edizioni I e II - che chiedono ai giovani del territorio veneto di sviluppare progetti nell'ambito dell'imprenditoria e nel settore delle produzioni multimediali per ridisegnare il tessuto produttivo di una regione che, forte di un passato importante, vuol pensare al futuro partendo dai giovani visti, come titola l'APQ, come il "futuro della sostenibilità".

L'azione B attua il confronto e lo scambio a livello internazionale, sia attraverso le collaborazioni su progetti specifici di cui ai programmi europei e delle reti ENSA ed ELISAN, che attraverso iniziative pilota mirate a confrontare modelli di governance di comunità con esperienze analoghe di altri Paesi e a cercare di costruire iniziative innovative per valorizzare i giovani e le loro abilità.

L'azione C rivolta alla formazione/informazione agisce sulle competenze dei giovani e sul loro potenziamento, sempre attraverso la logica della valorizzazione della creatività. In quest'area, ad esempio, il bando "Fiori di parole in musica - Omaggio delle giovani generazioni ad un grande poeta veneto" rappresenta un'occasione importante per richiamare l'interesse dei giovani su arti quali la musica e la poesia, e per formare una generazione che sappia produrre cultura con una visione aperta anche allo sviluppo della società.

L'azione D vuol favorire la partecipazione e la cittadinanza attiva attraverso la formula del meeting dei giovani, strumento di cui si è valsa storicamente la regione per mettere a confronto i giovani con le istituzioni ed il Terzo Settore. Essa è stata costruita in

entrambe le edizioni, svoltesi nel 2011 e 2012, tenendo come fulcro le opportunità offerte dai bandi regionali e dialogando, nell'edizione del 2012, in modo privilegiato con il mondo della scuola. La partecipazione è stata significativa in entrambe le edizioni con circa 500 partecipanti al primo evento e 1.175 partecipanti all'edizione successiva, di cui 882 espressione delle istituzioni scolastiche.

L'azione E, attraverso le due edizioni del Bando "Giovani, cittadinanza attiva e volontariato", vuol siglare la stretta partnership con la Scuola e sostenere il ruolo regionale di coordinamento ed indirizzo a livello locale, andando a utilizzare strumenti quali il voucher per dare significatività anche economica alle attività giovanili.

Conclude l'APQ l'azione F, definita "circolare", in quanto azione di valutazione e ricerca-azione, definendo una serie di progettualità "tester", quali, ad esempio, il progetto CAMI CreativamenteImpresando rivolto a selezionare le migliori idee creative nell'ambito imprenditoriale.

Come strumento di confronto con il mondo giovanile viene sostenuto un percorso formativo/relazionale nel quale giovani opinion leader discutano su tematiche importanti e formulino proposte ai decisori politici. Nelle tabelle seguenti di seguito riportate si forniscono alcuni dati di sintesi sui bandi relativi alle due annualità dell'APQ:

Tab. 4.1.7 e 4.1.8 - Dati di sintesi bandi. Veneto - Anni 2011 : 2012

APQ II Annualità - DGR 1179/2011		
Bando	Domande presentate	Progetti finanziati
Crea-lavoro: creatività giovanile per il Veneto del nuovo sviluppo	335	22
Analisi, studio e diffusione di opere culturali e multimediali giovanili	71	1
Giovani, cittadinanza attiva e volontariato	89	78
TOTALE	495	101

APQ III Annualità - DGR 1908/2012	
Bando	Domande presentate
Crea-lavoro: creatività giovanile per il Veneto del nuovo sviluppo - II Ed.	246
Analisi, studio e diffusione di opere culturali e multimediali giovanili - II Ed.	29
Giovani, cittadinanza attiva e volontariato - II Ed.	89
Fiori di parole in musica - Omaggio delle giovani generazioni ad un grande poeta veneto	17
TOTALE	381

Fonte: Rielaborazione dati Direzione Regionale Servizi Sociali

4.2 Anziani

La Regione del Veneto ha sviluppato un sistema di servizi sociali e socio-sanitari con l'obiettivo di sostenere e accompagnare l'età anziana, attraverso politiche di integrazione, che hanno prodotto la realizzazione di una rete territoriale di sostegno sociale, economico, assistenziale, a domicilio, nei centri diurni e nei servizi residenziali.

Nel corso del tempo si è intensificato lo sforzo per una maggiore integrazione della rete dei servizi, sia nella direzione di progetti individuali integrati che nella direzione di una programmazione locale e regionale unitaria.

Il sistema della domiciliarità dalla emanazione della DGR del 17 gennaio 2006, n. 39, è andato consolidandosi come un modello organizzativo di prestazioni e di servizi, alla cui

realizzazione partecipano i diversi soggetti istituzionali (Comuni, Aziende ULSS, Regione); i punti di forza sono la valutazione multidimensionale, l'integrazione sociosanitaria e la centralità del distretto sociosanitario.

Le azioni prioritarie da realizzare nel sistema della domiciliarità sono: sviluppare il sistema di offerta di servizi attraverso interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia, interventi di sostegno economico; interventi di sollievo alla famiglia; elaborare e attuare, da parte dei Comuni e delle Aziende ULSS, i contenuti dello strumento di programmazione locale all'interno del singolo Piano di Zona finalizzato a pianificare gli interventi e definire i progetti integrati.

Nonostante ciò restano delle criticità e riguardano il rischio della settorializzazione degli interventi: da più parti si rileva la non omogenea presa in carico unitaria della persona per la definizione di un unico piano individualizzato di assistenza.

Per quanto riguarda il 2011 e il 2012 l'attività di riferimento dell'**Area della domiciliarità** si è concretizzata attraverso l'assegno di cura, l'assistenza domiciliare, il servizio di assistenza domiciliare (SAD), l'assistenza domiciliare integrata (ADI), gli interventi di sollievo, il servizio di Telecontrollo e Telesoccorso.

L'assegno di cura, che ha sostituito, ricomprendendoli, diversi tipi di contributo economico precedenti, ha preso avvio nella Regione del Veneto con l'anno 2007. Gli interventi economici di supporto alle famiglie devono anch'essi inserirsi nel progetto individualizzato di assistenza, in un'ottica di integrazione e di sinergia con gli altri servizi presenti nella rete. Infatti, come riportato nella DGR n.39/2006, anche gli interventi economici dovrebbero essere coniugati con gli obiettivi di salute e di assistenza alle persone, che attraverso l'utilizzo di opportune valutazioni dovrebbero assicurare livelli essenziali in una prospettiva di globalità e di unitarietà.

L'assegnazione totale finalizzata all'assegno di cura relativa agli anno 2010 è stato finanziato con €65.355.987,49 (DGR del 30 dicembre 2010, n. 3569); il 2011 è stato finanziato con €54.306.826 (DGR 29 dicembre 2011, n. 2508) e per il 2012 (DGR 8 ottobre 2012, n. 2038) con € 54.098.954.

Tra il 2010 e il 2011 sono circa 27.000 gli utenti, in prevalenza anziani, che hanno ricevuto l'assegno di cura. La loro distribuzione può essere osservata nella tabella di seguito riportata.

Tab. 4.2.1 - Numero dei beneficiari dell'assegno di cura. Veneto - 2010 : 2011

Azienda ULSS	Anno 2010			Anno 2011		
	TOTALE	di cui con assegno "Alzheimer"	di cui con magg. "badanti"	TOTALE	di cui con assegno "Alzheimer"	di cui con magg. "badanti"
01-Belluno	476	123	169	475	14	144
02-Feltre	382	86	128	408	77	92
03-Bassano del Grappa	729	219	176	716	148	135
04-Alto Vicentino	656	144	178	659	91	137
05-Ovest Vicentino	758	207	137	735	63	107
06-Vicenza	1.222	317	352	1.200	160	251
07-Pieve di Soligo	1.132	318	300	1.042	216	183
08- Asolo	1.306	447	219	1.289	314	135
09-Treviso	1.980	601	459	1.930	393	333
10-Veneto Orientale	1.538	565	375	1.527	452	237
12-Veneziana	1.925	634	584	1.905	543	338
13-Mirano	1.681	421	380	1.619	243	294
14-Chioggia	815	159	101	889	148	66
15-Alta Padovana	1.887	376	360	1.813	271	267
16-Padova	2.406	616	679	2.411	504	499
17-Este	1.446	102	231	1.446	104	178
18-Rovigo	1.847	477	286	1.828	434	149
19-Adria	891	294	92	867	204	54
20-Verona	2.135	378	465	2.069	262	336
21-Legnago	1.014	318	175	969	156	115
22-Bussolengo	1.079	291	243	1.125	265	183
TOTALE	27.305	7.093	6.089	26.922	5.062	4.233

Fonte: Elaborazione dati Direzione Regionale Servizi Sociali – PO Domiciliarità

L'Assistenza Domiciliare è un modulo assistenziale assicurato dai Comuni e dalle Aziende ULSS in base al quale, attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali, si realizza a domicilio del paziente, di qualsiasi età, un progetto assistenziale limitato o continuativo nel tempo.

Il SAD (servizio di assistenza domiciliare) ha l'obiettivo di aiutare la persona nel disbrigo delle attività quotidiane sollevando in parte la famiglia dal carico assistenziale (es. igiene degli ambienti, servizio di lavanderia, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni, trasporto, ecc.)

L'ADI (assistenza domiciliare integrata) si connota per l'erogazione di prestazioni domiciliari da parte di figure professionali sanitarie e sociali integrate fra loro, secondo un intervento personalizzato definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) competente per territorio (es. servizio riabilitazione, infermieristico, medico - visite programmate- ecc).

Tab. 4.2.2 - Numero degli utenti Sad - Adi e operatori equivalenti. Veneto - 2010 : 2011

Anno	utenti S.A.D.	di cui utenti A.D.I.	Numero operatori equivalenti dedicati all'assistenza domiciliare	
			Operatori Socio Sanitari	Assistenti Sociali
2010	35.711	15.837	1.607,06	353,5
2011	33.983	16.285	1.345,91	311,37

Fonte: Elaborazione dati Direzione Regionale Servizi Sociali - PO Domiciliarità

La Regione sostiene la realizzazione dell'ADI come definito nella DGR 39/2006 e dalla DGR n. 1427 del 15.5.2007 "Piani locali per la domiciliarità: assegnazione contributi anno 2007 per assistenza domiciliare. DGR n. 827 del 28.3.2007" contribuendo alla spesa dei comuni (ovvero degli enti da essi delegati, quali comunità montane, unioni di comuni, Aziende ULSS) per gli operatori sociali, assistenti sociali ed operatori socio-sanitari, coinvolti nella realizzazione degli interventi integrati.

I beneficiari sono persone di tutte le età, prevalentemente anziane o con disabilità. Gli utenti nel corso degli anni di riferimento sono stati rispettivamente 16.536 per il 2010 15.981 per il 2011.

Gli **interventi di sollievo** sono rivolti alle persone con disabilità e alle persone anziane e sono realizzati sulla base di specifici programmi locali definiti dalle Conferenze dei Sindaci. Essi comprendono principalmente due forme di intervento: il buono servizio e l'assegno di sollievo.

Nel corso degli anni è emersa la necessità di definire le risorse effettivamente utilizzate dalle Aziende per tale specifico intervento prevedendo, nella predisposizione del riparto del fondo per la non autosufficienza, una precisa indicazione degli importi a ciò destinati. Nelle relazioni dei Piani di Zona, infatti, sono emerse delle difficoltà di individuare l'effettivo utilizzo delle risorse per il sollievo rispetto agli interventi nell'area della non autosufficienza. Pertanto con DGR del 8 ottobre 2012, n. 2038 si è provveduto a definire detto contributo in modo preciso.

L'attività di assistenza sociosanitaria della Regione del Veneto da anni svolge le nuove funzioni e le scelte politiche per i servizi tenendo conto delle nuove tecnologie sempre più sofisticate e capaci di dare risposte, in tempo reale, a una molteplicità di bisogni. Il **telesoccorso/telecontrollo** è un servizio particolare rivolto soprattutto all'anziano fragile e che vive o passa da solo la maggior parte della giornata. Si tratta di un sistema organico di controllo telefonico collegato ad un centro operativo funzionante 24 ore su 24. Sono collegabili al servizio di telesoccorso/telecontrollo le persone a rischio sociale e/o sanitario e si è dimostrato utile soprattutto per evitare il ricovero in strutture residenziali.

Tab. 4.2.3 - Numero degli utenti collegati in corso d'anno e al 31/12 al servizio di Telesoccorso-Telecontrollo. Veneto - Anni 2010 : 2011

Azienda ULSS	Anno 2010		Anno 2011	
	Utenti collegati in corso d'anno	Utenti collegati al 31 dicembre	Utenti collegati in corso d'anno	Utenti collegati al 31 dicembre
01-Belluno	620	499	500	461
02-Feltre	1.570	403	402	385
03-Bassano del Grappa	3.199	446	446	445
04-Alto Vicentino	792	591	591	583
05-Ovest Vicentino	767	421	421	410
06-Vicenza	1.494	1.373	1.372	1.400
07-Pieve di Soligo	1.741	1.515	1.513	1.527
08- Asolo	1.272	1.140	1.140	1.170
09-Treviso	2.266	2.652	2.649	2.627
10-Veneto Orientale	598	1.384	1.379	1.399
12-Veneziana	493	2.750	2.752	2.735
13-Mirano	2.012	671	670	652
14-Chioggia	898	371	369	380
15-Alta Padovana	1.453	1.257	1.258	1.168
16-Padova	537	1.781	1.779	1.677
17-Este	699	1.071	1.070	1.053
18-Rovigo	502	1.983	1.982	1.985
19-Adria	1.624	517	518	493
20-Verona	1.747	1.707	1.706	1.675
21-Legnago	1.311	779	777	759
22-Bussolengo	3.088	1.271	1.270	1.270
TOTALE	28.683	24.582	24.564	24.254

Fonte: Elaborazione dati Direzione Regionale Servizi Sociali - PO Domiciliarità

Il mantenimento del soggetto fragile anziano nel proprio contesto di vita ha rappresentato la scelta privilegiata. Gli **interventi di assistenza domiciliare** a supporto della famiglia e finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto fisico, sociale ed emozionale, hanno avuto un ruolo centrale nelle scelte strategiche regionali.

Le **strutture residenziali e semiresidenziali** per persone non autosufficienti rappresentano in questa logica un nodo fondamentale della rete socio-sanitaria in quanto da un lato interagiscono con il sistema ospedaliero e dall'altro integrano il sistema della domiciliarità.

La rimozione della vecchia terminologia della casa di riposo e l'adozione della nuova dicitura di "Centro di Servizi" ha proiettato le strutture per anziani del Veneto verso una pluralità di servizi per le persone non autosufficienti, orientandole altresì ad erogare prestazioni secondo standard di qualità elevati e con caratteristiche di alta specializzazione. L'elevata professionalità dei Centri di Servizi del Veneto (359 centri di servizi di cui 22 dedicati solo alla semiresidenzialità) si è caratterizzata negli ultimi anni per la capacità di rispondere adeguatamente ai bisogni della popolazione anziana tanto da consentire una riduzione dei posti letto nelle lungodegenze e geriatrie ospedaliere.

Tab. 4.2.4 - Numero delle Unità di Offerta residenziali per persone anziane e dei relativi posti letto autorizzati all'esercizio. Veneto - Anno 2011

Azienda ULSS	Residenzialità 1° livello		Residenzialità 2° livello		Sezione Alta Protezione Alzheimer		Stati Vegetativi Permanenti	
	Numero Udo	Posti Autorizzati	Numero Udo	Posti Autorizzati	Numero Udo	Posti Autorizzati	Numero Udo	Posti Autorizzati
01-Belluno	13	380	3	74	1	0	1	0
02-Feltre	16	833	3	66	1	10	0	0
03-Bassano del Grappa	19	1.011	6	268	1	10	1	8
04-Alto Vicentino	15	330	6	95	1	0	1	0
05-Ovest Vicentino	16	930	8	322	1	10	1	0
06-Vicenza	23	561	11	48	0	0	1	0
07-Pieve di Soligo	16	1.241	5	192	1	10	2	10
08-Asolo	12	729	9	174	1	10	2	12
09-Treviso	28	1.589	8	236	1	15	2	6
10-Veneto Orientale	8	486	6	109	1	10	2	14
12-Veneziana	16	703	15	227	1	0	3	12
13-Mirano	8	443	5	67	1	10	2	8
14-Chioggia	5	147	1	24	0	0	0	0
15-Alta Padovana	10	678	7	192	2	20	2	16
16-Padova	25	1.786	10	634	0	0	2	30
17-Este	8	253	6	128	1	0	0	0
18-Rovigo	11	976	5	162	1	10	1	4
19-Adria	6	329	2	24	0	0	1	4
20-Verona	35	1.690	14	279	0	0	2	0
21-Legnago	16	460	3	64	1	0	0	0
22-Bussolengo	26	1.367	8	177	0	0	1	12
TOTALE	332	16.922	141	3.562	16	115	27	136

Fonte: Elaborazioni dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali Veneto su dati Rendicontazione attività residenziali e semiresidenziali persone anziane e non autosufficienti anno 2011; Decreti di Autorizzazione all'esercizio della Direzione Servizi Sociali

Nel contesto veneto queste strutture si sono qualificate mediante i processi di autorizzazione e accreditamento della LR n. 22/2002 e offrono 332 unità di offerta (UdO) di livello assistenziale ridotto minimo, di 141 UdO di secondo livello assistenziale, di 16 sezioni di alta protezione Alzheimer e 27 sezioni di stati vegetativi permanenti per complessivi 20.735 posti letto autorizzati all'esercizio nel corso del 2011; di questi, il 50% circa hanno concluso il procedimento di accreditamento.

Nello stesso periodo il sistema dei servizi si è qualificato con 2.325 posti letto autorizzati all'esercizio per persone anziane autosufficienti.

Nell'ambito della semiresidenzialità sono stati autorizzati 1.133 posti in 88 centri diurni per persone anziane non autosufficienti, dei quali il 46% circa ha concluso il procedimento di accreditamento ai sensi della legge regionale 22/2002.

Tab. 4.2.5 - Numero delle Unità di Offerta semi-residenziali per persone anziane e dei relativi posti letto autorizzati all'esercizio. Veneto - Anno 2011

Azienda ULSS	Centro diurno per persone anziane non autosufficienti		
	Numero Udo	Posti autorizzati all'esercizio	% posti accreditati
01-Belluno	5	10	0,0%
02-Feltre	3	44	100,0%
03-Bassano del Grappa	3	44	77,3%
04-Alto Vicentino	3	45	100,0%
05-Ovest Vicentino	5	47	10,6%
06-Vicenza	4	27	0,0%
07-Pieve di Soligo	5	95	73,7%
08-Asolo	4	60	0,0%
09-Treviso	11	141	31,9%
10-Veneto Orientale	3	13	46,2%
12-Veneziana	5	86	0,0%
13-Mirano	5	73	61,6%
14-Chioggia	2	44	100,0%
15-Alta Padovana	3	46	100,0%
16-Padova	8	102	41,2%
17-Este	2	30	100,0%
18-Rovigo	0	0	-
19-Adria	0	0	-
20-Verona	5	100	40,0%
21-Legnago	3	11	27,3%
22-Bussolengo	9	115	26,1%
TOTALE	88	1.133	46,7%

Fonte: Elaborazioni dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali Veneto su dati Rendicontazione attività residenziali e semiresidenziali persone anziane e non autosufficienti anno 2011; Decreti di Autorizzazione all'esercizio della Direzione Servizi Sociali

Nell'ambito della residenzialità si è perseguito, inoltre, l'obiettivo di garantire concretamente il diritto alla libera scelta, che si realizza nella facoltà del cittadino di scegliere il Centro Servizi maggiormente rispondente ai bisogni in riferimento alla proprie aspettative di assistenza socio-sanitaria e sociale e alle condizioni economiche. Il cittadino, infatti, acquisita per livello di gravità la titolarità dell'impegnativa di residenzialità, è libero di spendere il suo titolo presso qualsiasi Centro Servizi riconosciuto nell'ambito di tutto il territorio regionale.

Le impegnative di residenzialità, così come disciplinato con DGR27 febbraio 2007, n. 457, sono emesse dall'Azienda ULSS di residenza del cittadino e in ogni caso da quella in cui risulta iscritto nei registri anagrafici al momento dell'ingresso in struttura, come disposto dall'art. 32 della L.R. 1/04. L'emissione dell'impegnativa comporta il riconoscimento della quota di rilievo socio sanitaria regionale.

Le Aziende ULSS provvedono alla gestione del registro unico di residenzialità, comunicando periodicamente e con tempestività la graduatoria agli enti gestori dei Centri di Servizio erogatori dei servizi di assistenza sopraindicati.

In relazione al fabbisogno stimato sulla base della popolazione residente sono state complessivamente programmate e assegnate alle Aziende ULSS, nell'anno 2011, 23.946 impegnative di residenzialità.

Tali impegnative vengono distinte in primo livello, ossia relative all'assistenza di intensità sanitaria ridotta/minima pari a 19.980, che costituiscono circa l'83,4% delle impegnative, e le quote di secondo livello, ossia relative all'assistenza di intensità sanitaria media pari a 3.966, che costituiscono il restante 16,6% e sono così distribuite:

Tab. 4.2.6 - Numero delle Impegnative di 1° e 2° livello. Veneto - Anno 2011

Azienda ULSS	Impegnative 1° livello al 01/01/2012	Quote 2° livello al 01/01/2012
01-Belluno	852	48
02-Feltre	647	24
03-Bassano del Grappa	682	244
04-Alto Vicentino	760	219
05-Ovest Vicentino	705	48
06-Vicenza	1411	337
07-Pieve di Soligo	977	192
08- Asolo	905	222
09-Treviso	1623	240
10-Veneto Orientale	695	72
12-Veneziana	1534	549
13-Mirano	765	96
14-Chioggia	257	38
15-Alta Padovana	689	216
16-Padova	1908	394
17-Este	677	158
18-Rovigo	810	210
19-Adria	371	48
20-Verona	1956	445
21-Legnago	729	48
22-Bussolengo	1027	118
TOTALE	19.980	3.966

Fonte: Elaborazione dati Direzione Regionale Servizi Sociali - PO Residenzialità

Domiciliarità e residenzialità rappresentano risposte ai bisogni assistenziali della popolazione rivolti in modo particolare ai cittadini in situazione di fragilità che rischiano l'esclusione dal proprio contesto familiare.

Un importante impulso ha avuto quindi la valorizzazione, la promozione e il sostegno della domiciliarità quale ambito privilegiato per la realizzazione di azioni e interventi a favore delle persone anziane e delle loro famiglie, in collaborazione tra enti locali, Aziende ULSS e soggetti del terzo settore al fine di assicurare risposte integrate e appropriate ai bisogni socio-assistenziali e socio-sanitari delle persone anziane e delle loro famiglie, attraverso la pianificazione regionale e locale dei sistemi della domiciliarità e della residenzialità e l'integrazione e la continuità assistenziale tra i due sistemi.

Fermo restando che la scelta da privilegiare rimane il mantenimento del paziente fragile al proprio domicilio, tuttavia, qualora lo stato di salute ed il contesto familiare non lo

consentano, la programmazione regionale si è posta come obiettivo strategico lo sviluppo dell'assistenza intermedia in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulta improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione.

Nell'intento di adeguare il sistema e, al contempo, di innovare i modelli organizzativi sulla scorta delle migliori pratiche realizzate in questi anni, perseguendo obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità, con il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR), la Regione del Veneto ha individuato nella rete dei servizi territoriali la propria scelta operativa strategica, quale garanzia di uniformità assistenziale per tutti gli assistiti e di superamento di differenze territoriali ed organizzative.

4.3 Disabilità

L'approvazione del Piano Socio-Sanitario 2012-2016 (LR n.23/2012" Norme in materia di programmazione socio-sanitaria") ha introdotto importanti elementi di novità anche nelle politiche di programmazione e di organizzazione degli interventi rivolti ai soggetti con disabilità.

Elemento cardine del cambiamento è stata l'attivazione del "nuovo progetto S.Va.M.Di (Scheda Valutazione Multi Dimensionale Disabili" che integra la Scheda (DGR n. 2575/09) con elementi caratterizzanti l'evoluzione del fenomeno disabilità e introduce lo strumento informatico - in sostituzione della scheda S.Va.M.Di cartacea- che la Regione ha reso accessibile a tutte le Aziende ULSS.

L'approccio metodologico della "nuova S.Va.M.Di" mantiene il suo fondamento sulla cultura della disabilità introdotta dall'OMS con ICF. Conferma l'uso di uno strumento ed un linguaggio comune a valenza universale ad uso di tutte le istituzioni in ambito sanitario, sociale, assistenziale, sociosanitario e socio educativo. Pone particolare attenzione al concetto di salute non più inteso solo come assenza di malattia, ma con una posizione neutrale rispetto all'eziologia, e riferito alle componenti della salute come descrizione del funzionamento della persona (fattori strutturali, funzionali, fisiologici, corporei e mentali) in stretta relazione con fattori contestuali (ambientali ed individuali) che possono tradursi in facilitatori o barriere alla partecipazione della persona alle attività quotidiane.

Tale paradigma nelle sue linee di fondo intercetta alcuni orientamenti espressi dal PSSR:

- una concezione di disabilità come possibile condizione umana che si definisce nel rapporto tra persona ed ambiente, nella combinazione tra capacità - performance e opportunità del contesto;
- la concezione di benessere come qualità di vita definita sulla base della scelta individuale nella traiettoria "libertà-agency";
- l'adozione della categoria del funzionamento come asse per la definizione del progetto personale individualizzato possibile;
- l'esaltazione degli elementi di interdipendenza ai fini valutativi e della presa in carico e la speculare implementazione e modifica del ruolo della UVMD;
- l'utilizzo di ICF anche ai fini valutativi per l'accesso ai servizi.

Tale impianto metodologico traduce operativamente quanto il PSSR definisce sia nella premessa che nella programmazione riferita alla disabilità: il principio della dimensione unitaria della modalità di valutazione, la centralità della persona (progetto personalizzato), in relazione al funzionamento possibile e potenziale; il concetto di libertà di scelta rispetto ad ogni intervento sanitario, sociosanitario ed assistenziale, l'umanizzazione di tutte le attività delle Aziende ULSS ed Ospedaliere, considerando, come già detto, la persona come totalità e sintesi dei vari aspetti, esaltando l'interdipendenza tra i soggetti a partire dalla fase di valutazione da cui si implementa e modifica il ruolo della UVMD.

L'implementazione informatica di questo nuovo strumento di valutazione della persona con disabilità intercetta in particolare le direttive del PSSR, che ribadisce la valenza della programmazione pubblica quale riferimento metodologico unitario e sistemico su cui sviluppare un'offerta diversificata e mirata alle reali esigenze della popolazione, alla luce della fondamentale dimensione della sostenibilità economica, sociale e professionale del sistema socio-sanitario. Porrà inoltre le basi per scelte strategiche programmatiche che vedono il potenziamento e il consolidamento dell'offerta territoriale, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità assistenziale anche nell'arco della vita, sull'investimento circa l'appropriatezza clinica ed organizzativa con riguardo all'appropriatezza e al consumo delle risorse socio-sanitarie, attraverso il coinvolgimento attivo e responsabile dei professionisti e dei cittadini.

Obiettivo primario resta la permanenza presso il proprio domicilio e l'integrazione sociale delle persone con disabilità, assicurato dalla rete di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali che in ogni ambito territoriale sviluppano interventi ed azioni finalizzati ad obiettivi di:

- prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, realizzati attraverso progetti di intervento individualizzati, in supporto alla persona e/o ai suoi familiari;
- integrazione sociale, scolastica e lavorativa;
- sostegno e sollievo della famiglia che si prende cura della persona con disabilità;
- sviluppo dell'accessibilità degli ambienti urbani e delle strutture;
- incremento, a favore delle persone con disabilità grave e gravissima, dei progetti di vita indipendente e di aiuto personalizzato.

L'elemento cardine del sistema dei servizi oggi presente nel territorio regionale resta il distretto sociosanitario quale ambito territoriale omogeneo per la programmazione dei servizi e degli interventi personalizzati domiciliari. Presso il distretto, viene costituita l'UVMD competente ad effettuare la valutazione multidimensionale e multiprofessionale e la progettazione personalizzata degli interventi attraverso la Nuova Scheda S.Va.M.Di. L'UVMD rappresenta la porta di accesso al sistema integrato territoriale (residenziale, semiresidenziale e domiciliare) dei servizi sociosanitari per le persone con disabilità. Compito dell'UVMD è garantire peraltro la coerenza valutativa delle varie componenti della scheda S.Va.M.Di.

Gli obiettivi privilegiati con la nuova S.Va.M.Di, approvata con DGR 29 dicembre 2012,n. 2960, sono stati:

- una programmazione unitaria ed integrata nell'area della disabilità con valorizzazione delle opportunità e delle risorse che definisca obiettivi e finalità del sistema di servizi ed interventi territoriali a favore delle persone con disabilità in un'ottica di sostenibilità del sistema superando disomogeneità d'offerta e garantendo possibilità eque di accesso ai servizi e ai benefici del sistema di welfare nelle sue componenti socio-sanitarie;
- l'individuazione di protocolli di valutazione della disabilità fondati su ICF che producano valutazioni eque e confrontabili superando la variabilità dei modelli organizzativi e gestionali di remunerazione, erogazione di servizi e dei livelli di integrazione tra i diversi nodi che compongono la rete socio-sanitaria delle Aziende ULSS;
- la reinterpretazione di benefici e prestazioni come strumenti di una presa in carico e in funzione di una presa in carico facendo fronte alle criticità delle reti assistenziali e superando settorializzazione, parcellizzazione e sovrapposizione con l'esito di un moltiplicarsi per la persona dei percorsi di valutazione e di richiesta di accesso ai servizi;
- la definizione del progetto personalizzato coerente e frutto di una valutazione multidisciplinare e multiprofessionale sulla base del profilo di funzionamento così da organizzare gli interventi sin dal primo ingresso nel sistema dei servizi socio-sanitari e assistenziali potendone leggere gli effetti e valutandone gli esiti nel tempo in una logica di presa in carico nell'arco di vita della persona con disabilità. Si intende favorire una presa in carico unitaria da parte di professionisti appartenenti a professionalità, servizi ed enti diversi favorendo politiche di integrazione

professionale ed intersettorialità degli interventi all'interno di modelli organizzativi sostenibili e qualificati.

I processi e le modalità operative individuate da tale metodologia garantiscono progetti d'intervento basati sul funzionamento come processo che a partire dalla condizione ambientale- come contesto di opportunità- beni a disposizione, sollecita i fattori di conversione (di uso) legati alle caratteristiche personali e sociali, definendo l'insieme delle capacità, gli attuali e potenziali funzionamenti, in virtù dei quali viene identificata la scelta che determina i risultati e i funzionamenti conseguenti. Tale metodologia porta in sé azioni di informazione orientamento valutazione, raccordo di risorse solidaristiche nel territorio, di progettazione condivisa, di accompagnamento della persona e della famiglia per tutto l'arco della vita della persona e per tutto il tempo necessario a raggiungere un sufficiente livello di autonomia e di inclusione sociale.

L'impegno della nuova scheda S.Va.M.Di è stato quello di tradurre lo strumento da una condizione classificatoria ad una dimensione valutativa, come strumento dell'UVMD, e ha comportato la necessità di attribuire un peso (valore e algoritmi) riconoscendo l'assenza di incompatibilità con l'uso di sistemi o strumenti di rilevazione e di analisi – ancor meglio se validati dal punto di vista scientifico - che assumono la funzione di alimentatore di S.Va.M.Di/ICF. In tal senso ogni area di S.Va.M.Di per essere compilata richiede documentazione specifica (es. *Diagnosi eziologia principale e comorbidità; Certificato di Invalidità civile, Diagnosi funzionale se a disposizione*) e documentazione prodotta dai professionisti coinvolti sulla base di strumenti validati e/o sulla base di strumenti desunti dall'esperienza a discrezione dei servizi e professionisti coinvolti.

La rivisitazione della Scheda S.Va.M.Di ha tenuto conto del lavoro avviato da tempo in Regione di costruzione di un sistema informativo integrato al fine di innalzare il livello qualitativo dei livelli assistenziali, facilitando l'integrazione tra professionisti e tra strutture socio-sanitarie supportando la continuità assistenziale con un sistema informativo regionale che risponda ai debiti informativi ministeriale e che veda, inoltre, incrementata così la partecipazione e la consapevolezza e la trasparenza dei cittadini verso il proprio processo di diagnosi cura riabilitazione e presa in carico.

Le modifiche ed integrazioni introdotte alla Scheda S.Va.M.Di con la DGR n. 2960/12 riguardano informazioni sanitarie generali (farmaci posologia e somministrazione) in vista dell'utilizzo di servizi semiresidenziali e residenziali per persone con disabilità. Nel capitolo Funzioni Mentali sono stati inseriti tre sottodomini con la finalità di documentare l'eventuale presenza di disturbi comportamentali di particolare rilevanza nella gestione dei servizi per le persone con disabilità.

La scelta di inserire alcuni sottodomini specifici nasce dall'esigenza espressa dai servizi di rilevare la presenza di tali disturbi in modo specifico e attribuirne un valore.

Gli stessi possono essere rilevati con l'uso di strumentazione (test) validata scientificamente o con strumenti specifici selezionati dai servizi a discrezione degli operatori coinvolti nella rilevazione.

Sempre nella stessa parte, alle funzioni della cute e strutture correlate viene aggiunto il dominio b810 funzione protettiva della cute a documentare la presenza di piaghe da decubito, richiesta nell'ambito dei flussi informativi ministeriali.

Per quanto riguarda le attività e partecipazione, viene modificata la scheda nella struttura, identificando nell'area dei Fattori ambientali alcuni codici che possono impattare in modo diretto sulla scelta del servizio e completare la valutazione sociale costruendo una coerenza interna allo strumento di valutazione. I fattori ambientali selezionati, in posizione di facilitatori o barriere, oltre che concorrere alla definizione del profilo di funzionamento, diventano elementi di valutazione ai fini dell'accesso a determinati servizi.

E' in corso la determinazione dell'algoritmo per la definizione del profilo di gravità e di funzionamento

La Scheda così modificata permette di elaborare un profilo di gravità che si determina nel rapporto tra funzioni e capacità e performance, rielaborate in punteggi pesati di sintesi. La somma di tali punteggi determina il corrispondente livello di gravità.

Attraverso la compilazione della parte riferita alle Attività e Partecipazione si procede con la definizione di un profilo di funzionamento. La compilazione di A&P tiene conto di tutti i possibili fattori che intervengono, isolando comunque alcuni fattori che concorrono alla definizione di un punteggio nel profilo di funzionamento e rendono più esplicito il gradiente di supporto della rete e l'investimento in termini di risorse, anche in vista dell'elaborazione del progetto personalizzato.

Tale modalità diverrà un utile contributo per la gestione di graduatorie di accesso ai servizi in una logica di omogeneità e trasparenza regionale.

Il programma attuativo prevede che un Gruppo Tecnico di Lavoro Regionale lavori al progetto della S.Va.M.Di per l'individuazione definitiva dell'algoritmo di gravità e di funzionamento che restituirà alle singole Aziende la fotografia della situazione aziendale, per la cui validazione è richiesto il contributo dei Dirigenti Referenti dell'Area Disabilità delle singole Aziende ULSS.

L'esito di tale progetto, impatterà, successivamente sulla programmazione nell'area della disabilità sia per quanto concerne il sistema dei servizi e l'accesso agli stessi sia per quanto concerne la valutazione e definizione di costi standard e rette/tariffe.

Le linee di intervento in ambito disabilità, si articolano in domiciliarità, residenzialità e semiresidenzialità in base al progetto personale individualizzato.

La Rete dei servizi socio sanitari territoriali nell'Area Disabilità (domiciliarità disabilità) è costituita dai servizi che assicurano interventi nelle seguenti aree:

- gli interventi di Aiuto personale, interventi a sostegno della persona e della sua famiglia quali interventi domiciliari assistenziali, interventi educativi, ecc.;
- gli interventi per la Vita Indipendente, consistenti in progetti di aiuto personale, gestiti direttamente dalla stessa persona con disabilità fisico motoria;
- gli interventi di Promozione dell'autonomia personale, cioè interventi finalizzati all'acquisizione e al mantenimento di autonomia personale che permetta di migliorare la capacità di relazione e di partecipazione alla vita sociale e lavorativa.

Altre azioni specifiche della programmazione regionale sono il Servizio di Integrazione Scolastica e il Servizio di Integrazione Lavorativa. Il Servizio di Integrazione Scolastica è rivolto a persone con disabilità in età prescolare e scolare e presuppone una fattiva collaborazione e integrazione tra famiglia, scuola, Aziende ULSS, Comuni, Province ed altri soggetti operativi. Ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona disabile nei processi di educazione, istruzione e apprendimento.

Il Servizio di Integrazione Lavorativa (SIL) ha lo scopo di promuovere e sostenere l'integrazione lavorativa delle persone svantaggiate, realizza interventi di orientamento, di formazione e di mediazione per favorire il positivo incontro tra la persona e il contesto lavorativo tramite progetti personalizzati diversificati in funzione dei bisogni dei soggetti.

Per quanto riguarda la domiciliarità sono stati assegnati, per l'anno 2012, €16.400.000,00, con i quali sono stati realizzati circa n. 4.200 progetti individualizzati per persone con disabilità grave, quali Vita Indipendente, Promozione dell'Autonomia personale e Aiuto personale, nonché €1.025.000,00 per la realizzazione di progetti innovativi nei Centri Diurni.

E' in aumento, da parte delle persone con disabilità e/o delle loro famiglie, il ricorso temporaneo ai **servizi residenziali** per emergenze e per sollievo del carico assistenziale della famiglia, che garantisce la realizzazione e prosecuzione dei progetti individualizzati a domicilio, finalizzati all'acquisizione e allo sviluppo di autonomie personali nella vita domestica e sociale.

L'accesso alle strutture residenziali da parte delle persone con disabilità avviene principalmente a causa dell'aggravarsi della patologia associato all'intervenuta assenza del nucleo familiare genitoriale e/o alla contestuale fragilità del nucleo familiare allargato.

Il sistema dei servizi residenziali per le persone con disabilità, nato nella prospettiva di accogliere le persone in situazioni in cui non risulta più possibile la permanenza a

domicilio, è costituito da una serie di tipologie di unità di offerta: RSA Residenza Sanitaria Assistita, Comunità residenziale e Comunità Alloggio.

La Residenza sanitaria assistita, la Comunità residenziale, la Comunità alloggio e il Centro Diurno, in quanto strutture socio sanitarie, rientrano nella programmazione regionale e devono pertanto ottemperare agli standard strutturali, di personale e organizzativi, determinati dalla già citata L.R. 22/02 e il relativo fabbisogno di posti viene determinato nei Piani di Zona di ciascuna Azienda ULSS.

Nel 2012 sono stati assegnati complessivamente €60.598.745 per interventi legati alla residenzialità (comunità alloggio, comunità residenziale, grandi strutture e RSA) di persone con disabilità, che hanno permesso l'accoglienza di circa 3.700 persone (Tab. 4.3.2). Inoltre, sono stati assegnati €12.110.000 per interventi relativi alla residenzialità nelle Grandi Strutture. Per l'attività svolta nei Centri Diurni per persone con disabilità, che accolgono annualmente circa 6.500 persone, sono stati stanziati €69.715.565, come da indicazione del Provvedimento di riparto del Fondo regionale, dove vengono individuate quote per interventi di semiresidenzialità per gli utenti dei centri diurni per persone con disabilità su parametro storico e della popolazione (con applicazione dei LEA per il 67,5% del costo della retta giornaliera), € 8.708.175 quali costi pari al 67,5% del costo dei trasporti dei disabili e€ 1.500.00 per trasporto e vitto.

L'autismo è una sindrome comportamentale, compresa all'interno del gruppo dei disturbi dello spettro autistico, causata da un disordine dello sviluppo biologicamente determinato, con esordio nei primi tre anni di vita.

Al fine di affrontare in modo organico i Disturbi dello Spettro Autistico (ASD), la Regione ha ritenuto opportuno adottare delle linee di indirizzo per il territorio che interessino tutto l'arco di vita delle persone con tale disturbo, dalla diagnosi precoce, alla valutazione funzionale e presa in carico, supporto alla famiglia, formazione e inserimento lavorativo. Le linee di indirizzo regionali approvate con la deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2012, n. 2959 contengono le raccomandazioni finalizzate a migliorare la programmazione degli interventi socio sanitari, sociali ed educativi a favore delle persone con autismo e delle loro famiglie in tutto l'arco della vita. Tali indirizzi intendono avviare un profondo e rapido processo di riorganizzazione finalizzato ad individuare servizi specialistici, di diagnosi e trattamento accessibili e omogeneamente diffusi in tutto il territorio regionale per garantire il superamento dell'attuale difformità di cura e presa in carico.

Con decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali dell'11 novembre 2011 sono state attribuite alla Regione del Veneto le risorse pari a € 7.810.000,00 per progetti finalizzati a realizzare e potenziare **percorsi assistenziali domiciliari per malati di SLA**, per la presa in carico globale della persona affetta ed i suoi famigliari, atteso che il domicilio della persona con SLA rappresenta il luogo di elezione per l'assistenza per la gran parte del corso della malattia; garantire il supporto di assistenti familiari per una assistenza rapportata allo stato di evoluzione della malattia; riconoscere il lavoro di cura dei famigliari care giver in sostituzione di altre figure professionali e sulla base di un progetto personalizzato e monitorato e l'attuazione di specifici percorsi formativi per gli assistenti.

Il "Programma regionale attuativo" per gli interventi per la SLA è stato approvato con la DGR n. 2499 del 29 dicembre 2011 e il successivo DDR del 7 giugno 2012, n. 155 ne ha ulteriormente definito le azioni da realizzare.

Nel riconoscimento dell'UVMD, quale strumento cardine a garanzia dell'integrazione socio sanitaria e la valutazione multidisciplinare e multi professionale, la Giunta Regionale ha approvato la DGR del 20 novembre 2012, n. 2354 che, oltre ad approvare il regolamento per il trasferimento dei fondi SLA, ha definito la scheda di valutazione specifica sperimentale delle persone affette da SLA.

Tab. 4.3.1 - Numero progetti individualizzati per la domiciliarità per persone con disabilità. Veneto - Anno 2011

Azienda ULSS	Progetti individuali di Aiuto personale		Progetti individuali di Vita Indipendente		Progetti individuali di Promozione autonomia personale		Totale progetti individuali	
01-Belluno	58	55	51	52	6	5	115	112
02-Feltre	11	16	29	33	0	0	40	49
03-Bassano del Grappa	240	263	28	33	3	2	271	298
04-Alto Vicentino	102	108	70	48	138	146	310	302
05-Ovest Vicentino	114	34	28	30	129	122	271	186
06-Vicenza	207	233	72	72	46	45	325	350
07-Pieve di Soligo	221	273	25	29	5	6	251	308
08-Asolo	372	354	17	35	46	48	435	437
09-Treviso	171	289	66	75	10	11	247	375
10-Veneto Orientale	115	215	57	54	25	34	197	303
12-Veneziana	31	35	92	98	7	10	130	143
13-Mirano	41	36	57	54	5	6	103	96
14-Chioggia	28	28	18	20	4	4	50	52
15-Alta Padovana	103	105	53	53	4	2	160	160
16-Padova	86	90	95	101	38	17	219	208
17-Este	44	36	58	60	2	3	104	99
18-Rovigo	57	76	21	25	11	14	89	115
19-Adria	55	57	24	19	11	11	90	87
20-Verona	114	178	80	73	49	18	243	269
21-Legnago	51	51	26	26	4	2	81	79
22-Bussolengo	90	78	46	51	12	12	148	141
TOTALE	2.311	2.610	1.013	1.041	555	518	3.879	4.169

Elaborazione dati Direzione Regionale Servizi Sociali - PO Disabili su dati Rendicontazione Aziende ULSS su residenzialità disabilità (Comunità alloggio e RSA)

Tab. 4.3.2 - Residenzialità e Semiresidenzialità persone con disabilità. Veneto - Anno 2011

Azienda ULSS	Comunità Alloggio per persone con disabilità			Comunità Residenziale			Grandi strutture (*)			RSA per persone con disabilità			Centri Diurni per persone con disabilità		
	N° UdO	N° Utenti Equivalenti	N° Utenti (teste)	N° UdO	N° Utenti Equivalenti	N° Utenti (teste)	N° UdO	N° Utenti Equivalenti	N° Utenti (teste)	N° UdO	N° Utenti Equivalenti	N° Utenti (teste)	N° UdO	N° Utenti Equivalenti	N° Utenti (teste)
1	3	33,10	50							1	40,40	47	4	122,64	157
2	2	23,05	31										5	67,60	92
3	5	21,92	32				1	132,82	143	1	17,33	24	5	127,59	202
4	2	34,85	80				1	37,16	40	1	45,17	54	11	191,59	240
5	6	45,52	65							1	20,68	25	16	255,98	311
6	13	98,71	166	2	60,91	85							23	485,31	533
7	6	74,38	130							1	29,48	30	11	252,00	315
8	3	45,99	75							3	54,61	76	17	380,39	455
9	11	151,46	248				1	72,77	80		133,71	147	27	446,49	542
10	7	64,22	117										13	248,35	299
12	11	108,52	117	1	19,72	20				2	35,41	39	10	184,95	223
13	3	37,43	42										13	224,32	268
14	1	6,52	9										3	65,27	77
15	3	23,49	26							1	30,16	34	10	329,92	395
16	15	142,21	240				1	109,48	120	1	413,41	455	28	637,64	743
17	5	52,78	66										10	191,55	233
18	2	17,76	23				1			1	76,97	83	10	121,00	155
19										1	18,33	20	2	29,46	40
20	9	92,83	118							4	247,28	272	35	506,74	664
21	4	54,57	79	1	15,63	24				2	42,78	56	13	178,94	214
22	13	115,00	148	2	53,73	59							20	307,81	380
TOT	124	1.244,32	1.862	6	149,99	188	5	352,23	383	20	1.205,70	1.362	286	5.355,55	6.538

*NOTA: non sono presenti i dati della Struttura Istituti Polesani della Azienda ULSS 18

Fonte: Elaborazioni dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali Veneto su dati Rendicontazione delle attività residenziali e semiresidenziali delle strutture per persone con disabilità - anno 2011

4.4 Dipendenze

La Regione del Veneto promuove politiche e azioni di sostegno per le persone che presentano rischio, uso o dipendenza da sostanze psicoattive, patologie correlate o altre situazioni comportamentali in grado di creare dipendenze patologiche. Il sistema degli interventi volto a prevenire e superare tali situazioni è attuato parallelamente all'obiettivo di politiche giovanili orientate alla promozione della salute, della solidarietà all'interno di un percorso di cittadinanza attiva e responsabile.

La Regione persegue altresì la realizzazione di un Sistema Integrato preventivo Assistenziale delle Dipendenze, formato da soggetti pubblici e privati accreditati, con compiti, responsabilità complementari e fortemente coordinati e integrati per garantire globalità e continuità assistenziale con riferimento alla complessità sociale, alle diverse dinamiche che in essa si esprimono anche in termini di rischio comportamentale e sociale.

In tale contesto si prevede l'adozione di adeguati sistemi di verifica e valutazione sulla coerenza dei risultati raggiunti, sulla qualità dei processi e sull'efficace utilizzo delle

risorse impiegate. Ne consegue l'impegno regionale a promuovere e realizzare una rete di interventi e servizi diffusi su tutto il territorio che offrano livelli di assistenza qualitativamente adeguati in grado di rispondere alla complessità dei bisogni riconducibili all'area delle dipendenze attraverso il sistema di accreditamento istituzionale.

Trova collocazione in questo contesto l'attività di raccolta ed elaborazione dati, attraverso il SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze) per dare risposte in merito alla descrizione ed analisi dell'ampiezza del fenomeno dell'uso e abuso di alcol e di sostanze illecite, per raccogliere e rendere disponibili gli indicatori epidemiologici "standard" definiti a livello europeo dall'Osservatorio sulle droghe e le tossicodipendenze, considerati strumenti tecnici per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi dei "piani di azione" delle singole nazioni del Consiglio d'Europa.

L'attività in questione è stata realizzata con le finalità di stimare la dimensione del fenomeno dell'uso e abuso dell'alcol e delle sostanze illecite, di evidenziare situazioni di rischio e di allarme al fine di predisporre l'attivazione di interventi di prevenzione ed, inoltre, di rilevare aspetti del fenomeno al fine di fornire indicatori utili alla programmazione e alla progettazione sia degli interventi sia della ripartizione delle risorse regionali.

In attuazione del Testo Unico, 309/1990, è emerso un quadro piuttosto ricco e articolato, di servizi pubblici e privati, di natura ambulatoriale, diurna e residenziale, affiancato da gruppi di auto-aiuto e da associazioni del volontariato, per fronteggiare il fenomeno della tossicodipendenza e dell'alcolismo: il cosiddetto "Sistema delle dipendenze" della Regione del Veneto.

Attualmente, tale sistema si articola in:

- 21 Dipartimenti (funzionali) per le dipendenze;
- 38 SER.D (Servizi per le Dipendenze);
- 5 Comunità Terapeutiche pubbliche;
- 30 Enti ausiliari (Servizi socio sanitari privati) con oltre 100 sedi operative.
- oltre 600 gruppi di auto-aiuto (soprattutto nel settore dell'alcolismo);
- oltre 60 Associazioni di volontariato.

Da alcuni anni, l'attività della Direzione Regionale Servizi Sociali, attraverso l'Ufficio Dipendenze, è finalizzata in particolare alla promozione e sostegno di interventi e progetti mirati al sostegno delle persone che presentano rischio, uso o dipendenza da sostanze psicoattive, patologie correlate o altre situazioni comportamentali in grado di creare dipendenze patologiche e dei soggetti, anche extracomunitari, coinvolti nel circuito penale. In relazione alla natura, gravità e complessità dei bisogni delle persone e delle famiglie afferenti all'area in questione, dette iniziative si connotano con finalità di prevenzione, cura e riabilitazione secondo modalità di: intervento domiciliare e territoriale; sostegno alle forme di aiuto tra persone e famiglie; interventi diurni ambulatoriali e di altra natura; interventi residenziali a valenza terapeutica; interventi di reinserimento lavorativo, formativo sociale.

In tale contesto rientrano:

- l'attuazione delle procedure previste dalla LR 22 del 2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali"; sono state autorizzate ed accreditate le strutture appartenenti al Privato sociale (Comunità terapeutiche) 30 enti ausiliari con un centinaio di unità d'offerta; per quanto riguarda le Aziende ULSS 38 SER.D, sono stati autorizzati ed accreditati tre quarti dei servizi ambulatoriali.
- la quantificazione della spesa a carico delle Aziende ULSS per inserimenti in Comunità terapeutica (spesa determinata in relazione alla effettiva domanda di prestazioni);
- il Monitoraggio, verifica e sviluppo della programmazione dei servizi attraverso la raccolta dati forniti istituzionalmente dai SER.D, dalle Comunità terapeutiche e dai Servizi di Alcolologia che riguardano sia le dotazioni organiche sia le schede Ministeriali (ANN, ALC, STR, ecc.);

- la gestione del "Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga (art.127, D.P.R. 309/90; Legge 18 febbraio 1999, n. 45) anno 2010-2011; il modello ha introdotto significative innovazioni nel settore delle dipendenze, contribuendo tra l'altro a:
 - rinforzare il ruolo regionale di indirizzo, coordinamento, programmazione e controllo delle politiche e dei servizi nel settore delle dipendenze;
 - valorizzare il modello programmatico - gestionale del Piano di Zona e del Dipartimento funzionale per le Dipendenze, favorendo l'integrazione a livello locale tra pubblico e privato e tra sanitario e sociale;
 - superare la logica del piccolo intervento, limitato nel tempo, esaltando una funzione progettuale a fronte di logiche meramente prestazionali;
 - promuovere un assetto organizzativo ed operativo tale da garantire la qualità degli interventi, il superamento della settorialità e la possibilità di valutare gli esiti degli interventi;
 - sviluppare in maniera coordinata e integrata il Sistema Integrato Preventivo Assistenziale delle dipendenze nel suo complesso;
 - perseguire adeguati livelli di qualità nelle prestazioni degli operatori dei servizi pubblici e privati, prevedendo modalità di formazione permanente;
- la gestione tecnico-amministrativa di progetti che rientrano nell'area dipendenze - compreso l'alcol - finanziati dal Ministero della Salute, Politiche Sociali, Dipartimento Politiche Antidroga, Unione Europea ecc;
- attività di indirizzo e coordinamento nel settore, esplicitata anche attraverso la stipula di accordi e protocolli di intesa tra Regione del Veneto e i diversi soggetti pubblici e privati che a vario titolo interagiscono col settore in questione (per l'anno 2012-2014 tale attività è definita dal Progetto Dipendenze 2012/2014 "Linee di sviluppo del sistema regionale per le Dipendenze" DPR 309/90 e successive modifiche ed integrazioni);
- rapporti istituzionali con le Commissioni Salute e Politiche Sociali e con il Dipartimento Nazionale Politiche Anti Droga.

Ai fini dell'attuazione e della verifica dei risultati conseguiti attraverso il Progetto, è stato attivato un coordinamento regionale, presieduto dal dirigente della Direzione Servizi Sociali e composto da esperti delle strutture regionali competenti, delle Aziende e degli Enti gestori del privato sociale accreditato.

Con Decreto 3 dicembre 2012, n. 417, è stato nominato il suddetto coordinamento regionale.

In coerenza con le indicazioni del Progetto Dipendenze 2012/2014, che suggeriva di avviare sperimentazioni ad hoc, per l'avvio di nuove modalità gestionali, riferite a particolari target, sono state attivate alcune sperimentazioni che si concluderanno a fine 2013.

In attuazione alla alla DGR 22 maggio 2012, n. 929: "*Approvazione del Progetto Dipendenze 2012/2014 "Linee di sviluppo del sistema regionale per le Dipendenze" DPR n. 309/90 e successive modifiche ed integrazioni*", si sono svolti approfondimenti, studi e l'elaborazione di una proposta di ridefinizione del panorama dell'offerta dei programmi terapeutico - riabilitativi per il trattamento ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale dei problemi alcol droga correlati; nonché l'elaborazione di una proposta di ridefinizione della programmazione regionale dei posti di residenzialità e semiresidenzialità che tenga conto dei bisogni delle persone tossico/alcolodipendenti.

Rilevanti sono state anche le attività svolte nell'ambito di gruppi di lavoro tematici, appositamente avviati.

Si segnala il gruppo di lavoro costituito al fine di effettuare accertamenti di assenza di tossicodipendenza in lavoratori addetti a mansioni a rischio (di concerto con la Direzione Regionale Prevenzione) si tratta di mettere a fuoco e coordinare, anche con la produzione di linee guida, un'attività attribuita ai Servizi per le Dipendenze da recente normativa (accordo Stato-Regioni 2008). La materia è particolarmente delicata per gli aspetti di responsabilità medico legale implicati, oltre che per aspetti organizzativi di non semplice

soluzione. Il gruppo, coordinato dal Servizio Regionale, si riunisce con cadenza regolare e sta ultimando la stesura di un documento tecnico operativo di indirizzo.

L'esigenza di approfondire il Modello di presa in carico madre tossicodipendente e bambino (in collaborazione con il Servizio Famiglia) ha portato alla costituzione di un altro gruppo di lavoro. L'esigenza è quella di analizzare ed eventualmente rivedere il programma di trattamento per le Comunità Terapeutiche di tipo C1, ossia quelle che si occupano del trattamento di madri tossico o alcolodipendenti con figli. Infatti questo tipo di programma richiede un plus di investimenti ed eventualmente anche una rivisitazione dell'accreditamento, in quanto gran parte dei minori inseriti con la madre in Comunità Terapeutica, richiedono interventi di tipo sanitario, piuttosto che educativo/assistenziale. Al momento il gruppo ha prodotto alcune riflessioni, tradotte nella DGR 23/02/2010, n.444.

E' stato attuato inoltre un gruppo di coordinamento con i Servizi per le Dipendenze, cui è stata attribuita, con DPCM 01/04/2008 art 7, l'Area Penale, in qualche modo separandola dalla sanità penitenziaria. Con il DPCM del 2008, che ha attribuito la sanità penitenziaria nel suo complesso alle Aziende ULSS, si è venuta a creare una situazione di non completa chiarezza rispetto alle competenze dei due soggetti in campo rispetto all'assistenza sanitaria in carcere (Ser.D. e Distretti) ed un'obiettiva esigenza di coordinamento. Si è quindi riconvocato il gruppo di Area Penale con l'obiettivo di individuare un modello organizzativo di minima condiviso tra i diversi Servizi, una modalità di funzionamento condivisa e, soprattutto, una modalità di raccordo con la Sanità Penitenziaria. Per favorire il raggiungimento di quest'ultimo obiettivo viene garantita la partecipazione del Servizio Prevenzione Devianze al Tavolo di lavoro della Sanità Penitenziaria, gestito dal Servizio Salute Mentale. Inoltre, periodicamente partecipano agli incontri rappresentanti dell'Area Penale dei Ser.D. Il gruppo, sempre coordinato dal Servizio, è formato dai rappresentanti dei Dipartimenti nel cui territorio insiste un Istituto Penitenziario.

E' stato infine avviato il Gruppo Regionale Alcol: i Servizi di Alcologia, che rientrano nei Ser.D., attraversano un periodo di difficoltà dal punto di vista organizzativo e clinico. Si avverte da parte degli operatori, sia del Pubblico che del Volontariato, l'esigenza di dare nuovo impulso alle attività alcolologiche, rimettendo in evidenza un sistema che ha rappresentato un'esperienza più che positiva a livello nazionale. Al momento, presso la sede della Direzione Regionale, si stanno incontrando i rappresentanti provinciali dei Servizi di Alcologia, per approfondire aspetti clinici legati al tema. In una seconda fase il gruppo verrà completato con la partecipazione del Volontariato e del Privato Sociale, per mettere a punto gli aspetti di rete del Sistema.

Si riterrebbe, tuttavia, opportuna l'attivazione di altri due gruppi di lavoro, uno per approfondire e coordinare le attività di Prevenzione, con particolare attenzione alla prevenzione selettiva ed indicata, e l'altro per affrontare ed approfondire gli aspetti legati alla Cronicità, con particolare attenzione alla fascia di utenza che, oltre ad una lunga storia di tossicodipendenza, presenta numerosi fallimenti terapeutici e bisogni di natura assistenziale, oltre che terapeutica.

Il lavoro svolto in questi anni ha portato alla formazione di un patrimonio di conoscenze tecniche legate alla componente istituzionale e a quella più propriamente territoriale in materia di dipendenze. Inoltre le attività avviate per rinforzare collaborazione e sinergia a livello del territorio regionale, hanno incontrato l'adesione ed il coinvolgimento dei Servizi Pubblici e del Privato Sociale. L'obiettivo è quello di sviluppare in maniera coordinata e integrata il Sistema Preventivo Assistenziale delle dipendenze nel suo complesso e promuovere un assetto organizzativo ed operativo tale da garantire la qualità degli interventi, il superamento della settorialità e la possibilità di valutare gli esiti degli interventi, riportando il sistema per le dipendenze del Veneto alla situazione di "modello", che ha avuto per anni nel panorama nazionale, con la stesura di un eventuale Progetto Obiettivo Dipendenze che indirizzi gli interventi per i prossimi anni.

La sintesi delle attività sopra riportate evidenzia la maggiore criticità del sistema, che si sostanzia in una dotazione organica (a cominciare dal Servizio Prevenzione delle

Devianze e Tossicodipendenze della Regione Veneto che, nel corso di questi ultimi due anni, è stato progressivamente depauperato, passando da 7 a 2 dipendenti dedicati) assolutamente sottodimensionata rispetto al piano di attività (attualmente, per esempio, l'organico dell'Ufficio Dipendenze della Regione Veneto comprende un funzionario P.O. Dipendenze e un assistente C).

Ciò ha di fatto causato un indebolimento del ruolo di indirizzo e di coordinamento del Servizio Regionale, che si è trovato spesso nella condizione di dover lavorare sull'"urgenza" e sull'"emergenza", piuttosto che sulla programmazione e sul coordinamento. Ne è derivato, di conseguenza, un venir meno di alcune caratteristiche e funzioni del Sistema stesso, che, a sua volta, non rappresenta il settore di attività maggiormente attenzionato a livello di Aziende ULSS. In quest'ottica appare evidente come l'esigenza primaria per il raggiungimento dell'obiettivo sia quella di adeguare l'organico, dotando il servizio di personale con competenze tecniche ed amministrative.

4.5 Inclusion e Marginalità Sociale

A fronte di una crisi economica che sta assumendo dimensioni sempre più preoccupanti anche nel territorio veneto, nell'ambito delle priorità di intervento sociale, un'attenzione particolare è rivolta alle situazioni di marginalità e di disagio sociale.

I fenomeni dell'esclusione e della vulnerabilità sociale si collocano nell'alveo delle competenze dell'ufficio carcere e marginalità sociale del servizio "Prevenzione delle Devianze e Tossicodipendenze", i cui ambiti di intervento riguardano:

- la realizzazione di iniziative educative, ricreative, culturali e sportive in ambito penitenziario;
- la promozione di interventi per il contrasto dello sfruttamento e della tratta;
- la promozione di interventi a favore delle persone senza dimora e in povertà estrema;
- la promozione di interventi a sostegno dei progetti personalizzati dei servizi sociali territoriali.

Per quanto riguarda **l'ambito penitenziario**, la Regione del Veneto, in considerazione della finalità rieducativa della pena e della finalizzazione al reinserimento sociale, ha sottoscritto nel lontano 2003 un protocollo d'intesa con il Ministero della Giustizia ed ha istituito la Commissione Interistituzionale permanente in area penitenziaria.

L'atto definisce il sistema di azioni che, attraverso processi di collaborazione ed integrazione interistituzionali, concorrono al superamento del carcere come unica possibile risposta al problema della criminalità e devianza sociale e all'individualizzazione e flessibilità del trattamento del condannato, con il determinante contributo della comunità esterna. L'attività si sostanzia nel promuovere l'attuazione e il monitoraggio del protocollo d'intesa Regione del Veneto e Ministero della Giustizia (2003), con lo scopo di definire progetti e azioni in ambito culturale, sportivo e ricreativo, a valenza educativa, affinché gli istituti penitenziari non siano luoghi separati dal territorio in cui sono collocati, ma beneficiano della rete di risorse ed interventi, grazie alla presenza delle istituzioni, della società civile e delle realtà del volontariato locale.

Nel 2011 inoltre si sono realizzati in ambito penitenziario 16 progetti per un finanziamento totale di 497.327,18 €. (DGR 20/09/2011, n. 1510 e DGR 29/12/2011, n. 2498). Nel 2012 la mancata copertura finanziaria dei capitoli di bilancio afferenti al carcere non permise di dare continuità alle progettualità già realizzate.

Per quanto riguarda **l'ambito della marginalità** la Regione del Veneto, da diversi anni, per affrontare il complesso e articolato fenomeno della marginalità sociale, ha elaborato linee di indirizzo che individuano due aree specifiche di intervento: una relativa alle persone vittime di abuso e sfruttamento sessuale e una relativa alle persone in povertà estrema e senza dimora.

In tale contesto la Regione del Veneto ha supportato le azioni dei soggetti pubblici e privati attraverso finanziamenti mirati, volti a promuovere interventi specifici secondo i seguenti obiettivi generali:

- iniziative a favore delle persone vittime di abuso e sfruttamento sessuale, previste dalla LR n. 41/97, con l'obiettivo generale di promuovere e sostenere le progettazioni e le partnership, presenti nei singoli territori;
- iniziative a favore delle persone in povertà estrema e senza dimora, individuate dall'art. 28 della legge 328/2000, con l'obiettivo di promuovere e sostenere l'implementazione delle reti istituzionali e del terzo settore, presenti nelle comunità locali, affinché avviano e consolidino interventi finalizzati all'inclusione sociale.

Per la realizzazione di tali azioni la Regione del Veneto, con la finalità di dare effettiva attuazione al principio costituzionale del reinserimento sociale delle persone svantaggiate, ha evidenziato la necessità di avviare un processo di integrazione delle diverse aree, volto a favorire collaborazioni su base locale fra diversi soggetti.

In tale ottica con la DGR n. 869/2008, la Giunta regionale ha dato avvio al programma per la promozione di azioni di inclusione sociale a favore delle vittime di abuso e sfruttamento sessuale e delle persone in povertà estrema e senza dimora, declinato in piani di azione locale di inclusione sociale, soggetti ad approvazione annuale da parte della Regione, con capofila i Comuni capoluogo di Provincia, destinatari dei finanziamenti.

Nel 2011 gli interventi indicati nei PALIS (Piani di Azione Locale di Inclusione Sociale) (DGR n. 2513/2011) ammontavano ad una quota di finanziamento pari a:

- 423.000 € per gli interventi a favore delle vittime di abuso e sfruttamento sessuale;
- 423.000 € per gli interventi a favore delle persone in povertà estrema.

Nel 2012, invece, gli interventi indicati nei PALIS (DGR n. 2953/2012) ammontavano ad una quota di finanziamento pari a:

- 150.000 € per gli interventi a favore delle vittime di abuso e sfruttamento sessuale;
- 150.000, € per gli interventi a favore delle persone in povertà estrema.

5. Progettualità e innovazione

5.1 Ambito reti internazionali e progetti speciali

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016 al punto 2.5 (pag. 39) rileva l'importanza strategica del confronto europeo per migliorare la competitività del Sistema Socio Sanitario Regionale Veneto. In linea con tale affermazione, la Direzione Servizi Sociali ha sviluppato e gestito nel periodo 2011/2012 un ampio pacchetto di iniziative, progettualità e contatti a livello internazionale, che hanno portato ad elevare il livello di innovazione e conoscenza negli ambiti specifici di lavoro della Direzione stessa. Il Piano Socio Sanitario 2012-2016, sempre al punto 2.5 (pag. 41), rileva anche quanto sia fondamentale un'azione in "partnership con altre Regioni italiane al fine di implementare progetti di ricerca su innovazione e qualità" dei servizi. Anche in questo caso, la Direzione Servizi Sociali ha attivato progettualità speciali e straordinarie, con l'obiettivo di incrementare le relazioni tra il mondo della ricerca, il mondo dell'impresa e il privato sociale nei settori di interesse dei Servizi Sociali e di trasferirne i risultati in altri territori, sia europei che italiani.

L'impatto di tali azioni risulta ancora più rilevante oggi, se si pensa che le Regioni sono impegnate, con i rispettivi governi nazionali, nel processo di negoziazione sulla ripartizione dei fondi Europei relativi alla nuova programmazione 2014-2020, fondi che per la prima volta avranno una priorità dedicata al sociale. Il documento del Ministro Barca denominato "Metodi e obiettivi per un uso efficace dei fondi comunitari 2014-2020" riporta, al punto 4.9 (pag. 74), la priorità "Inclusione sociale e lotta alla povertà (Promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà)", dimostrando come un confronto europeo e interregionale sulla pianificazione strategica e sulla gestione delle risorse a disposizione dei Servizi Sociali sia più che auspicato.

L'attività internazionale della Direzione Servizi Sociali nel biennio 2011-2012 ha fatto riferimento a 2 aree di intervento principali:

- attività di networking a livello europeo (le reti europee per il sociale), come principale canale per la circolazione di conoscenze e buone pratiche in ambito sociale, per il rafforzamento delle partnership, nonché per il posizionamento strategico di argomenti sociali di interesse comune all'interno della Strategia Europa 2020;
- sviluppo di progettualità innovative in ambito sociale (i progetti sociali), attraverso la partecipazione ai bandi di finanziamento a gestione diretta della Commissione Europea o ai finanziamenti legati alla Cooperazione Interregionale, anche in partenariato con altre regioni italiane;

In ambedue i casi, la Direzione Servizi Sociali ha favorito il coinvolgimento diretto del tessuto economico e sociale locale, fornendo supporto per la progettazione ai soggetti che ne hanno fatto richiesta e fornendo visibilità Europea ad un numero significativo di buone pratiche esistenti sul territorio della Regione del Veneto in ambito sociale.

5.2 Le reti europee per il sociale.

La rete ELISAN (Rete Europea per l'Inclusione e l'Azione Sociale locale, www.elisan.eu) è una ONG che raggruppa partner europei che si occupano di temi sociali e annovera tra i suoi membri più di 2272 città europee, 12 Paesi membri dell'Unione Europea e 30 milioni di cittadini europei. ELISAN è nata nel 2008 presso il Comitato delle Regioni con lo scopo di farsi portavoce dei rappresentanti locali e territoriali responsabili delle politiche sociali in Europa, far crescere la consapevolezza riguardo alle azioni sociali locali in Europa, diffondere buone pratiche e promuovere l'innovazione sociale delle autorità territoriali europee. L'Assessorato ai Servizi Sociali nel periodo 2011-2012 ha presieduto e coordinato la rete ELISAN, mantenendo i contatti con i membri, organizzando e promuovendo i momenti di discussione ed infine stimolando la progettazione comune su

tematiche condivise. Nel periodo di riferimento, in particolare, ELISAN ha indetto i seguenti concorsi Europei: Premio Alzheimer 2011 e 2012 e Premio Europeo per la Povertà Energetica 2011 e 2012.

Si indicano alcune attività dell'anno 2011:

- collaborazione con la Regione del Veneto nella realizzazione del meeting "Il volo giova: dammi spazio – Noi giovani cittadini cre-attivi": nel contesto dell'anno Europeo del Volontariato il meeting aveva come focus il tema della cittadinanza attiva soprattutto legata al mondo dei giovani;
- conferenza annuale dal titolo "Territori, laboratori per un'Europa sociale": l'evento aveva come obiettivo contribuire ad una migliore comprensione del concetto di innovazione, trasferibilità e sostenibilità nelle politiche sociali.

Mentre nell'anno 2012:

- "Design For All" Heraklion 17-18 maggio 2012: ELISAN ed ENSA hanno organizzato un workshop sul tema del Design for All,
- "Strategie orientate alla famiglia per garantire la conciliazione tra i tempi della famiglia e quelli del lavoro" Committee of the Region Brussels 5-6 giugno 2012: Elisan ha partecipato al convegno organizzato da Doha International Institute for Family Studies and Development e IFFD (International Federation for Family Development) sul tema della sensibilizzazione rispetto all'anno internazionale della famiglia ed il ruolo della famiglia nello sviluppo;
- "Il volo giova: dammi spazio. Noi giovani cre-attivi" Caorle 24 settembre 2012: seconda edizione del meeting con focus sul tema della cittadinanza attiva soprattutto legata al mondo dei giovani;
- "Energia per tutti: quale ruolo per l'Unione Europea" come aiutare le fasce più deboli ad affrontare la crescita del costo dell'energia. Comitato Economico e Sociale Europeo, 27 novembre 2012: facendo seguito ai risultati del Premio Europeo per la Povertà Energetica del 2011, si è discusso su come affrontare questo tema e è stata presentata la raccolta di buone pratiche "Bright Ideas".

La rete ENSA (European Network of Social Authorities, ovvero rete europea delle autorità sociali, www.ensa-network.eu), coordinata dalla Regione Veneto – Direzione Servizi Sociali, intende incoraggiare uno scambio di modelli culturali diversi nonché di esperienze nel settore dell'assistenza sociale, per approfondire il dialogo riguardante le politiche sociali con le Istituzioni Europee e per partecipare a progetti europei innovativi. Attraverso il lavoro di 5 gruppi tematici (anziani, disabilità, giovani, inclusione, minori) si cerca di rispondere ad una serie di questioni riguardanti l'assistenza sociale, principalmente nei settori dell'infanzia, gioventù, disabilità, anziani e inclusione sociale. In un contesto di cambiamenti demografici e di riduzione delle risorse nel quadro della crisi economica e finanziaria, affrontare progressi richiede la creazione di nuove opportunità per momenti di scambio e per la promozione dell'innovazione. In un'ottica di responsabilità sociali condivise, quest'anno l'Assemblea Generale ENSA intende sottolineare strategie innovative, buone pratiche e idee progettuali attraverso cui promuovere la coesione sociale, elemento essenziale per la riduzione della povertà. Attualmente la rete ENSA è composta da più di 30 membri, provenienti da più di 12 paesi europei.

Si indicano alcune attività dell'anno 2011:

- ENSA General Assembly 2011 "Aumento degli sforzi per combattere la povertà, supportando l'innovazione con condivise responsabilità sociali a livello regionale e locale" Klagenfurt e Vienna, 7-10 June 2011: lo scopo dell'evento, organizzato nel contesto dell'anno europeo del Volontariato, era quello di promuovere buone pratiche e progetti che promuovessero la coesione sociale allo scopo di ridurre la povertà.
- ENSA per i giovani - European Youth in Action Programme, Crocetta del Montello 9 settembre 2011: il meeting trattava il tema dell'educazione non formale nella salute dei giovani.

- ENSA-Y - Brussels/ Ensa per i giovani, 7-8 novembre 2011: il tema del meeting era lo scambio di buone pratiche legate al settore dei giovani e dei minori.
- ENSA rete Anziani e Disabili, Stockholm-Mälars Region and Västerås Eskilstuna, Nacka, Uppsala 21-24 novembre 2011: scambio di buone prassi sul tema anziani e disabili e di Progetti Europei in questo campo.

Mentre per il 2012:

- "Friends Beyond Borders" Padova 12 marzo 2012: ENSA ha collaborato alla realizzazione di questo convegno sul tema della realizzazione e consolidamento di iniziative atte a promuovere l'autonomia e l'inclusione sociale di ragazzi con disabilità intellettive dai 18 ai 30 anni;
- "Growing young" Assemblea Generale di ENSA in collaborazione con Elisan, Treviso 19-20-21 marzo 2012: un evento di 3 giorni allo scopo di costruire partnership europee e stimolare un'attiva partecipazione delle autorità locali in progetti innovativi a livello europeo. L'evento era inserito nell'ambito dell'Anno Europeo per l'invecchiamento attivo e la solidarietà intergenerazionale.

La mission dell'**ESN** (European Social Network) è di aiutare i suoi soci a cambiare la vita dei soggetti più vulnerabili della società attraverso l'offerta di servizi sociali di qualità. Per raggiungere questo obiettivo l'ESN crea opportunità di incontro tra i soggetti chiave che progettano e forniscono servizi sociali pubblici a livello locale in Europa, per apprendere gli uni dagli altri e mettere la propria esperienza e competenza al servizio di una efficace politica sociale. I soci dell'ESN sono distribuiti in circa 30 paesi europei all'interno e al di là dei confini dell'Unione Europea. La Regione del Veneto, Direzione Servizi Sociali, è membro dell'ESN e collabora attivamente alla definizione delle strategie europee in ambito sociale. In particolare, nel biennio 2011/2012, la Direzione Servizi Sociali attraverso l'ESN ha partecipato al dibattito europeo su svariati argomenti di particolare interesse per l'ambito regionale. Le principali tematiche sono state le seguenti:

Per l'anno 2011: 1) 19a Conferenza dei Servizi Sociali Europei tenutasi a Varsavia dal 6 all'8 luglio, in collaborazione con la presidenza polacca della UE, durante la quale si è discusso di come costruire una società attiva e incentrata sull'assistenza. La Conferenza dei Servizi Sociali Europei è l'evento più importante del Network e coinvolge ogni anno oltre 400 partecipanti. 2) Povertà ed esclusione sociale: qual è il ruolo dei servizi sociali? Durante un workshop dedicato, si è discusso di tale argomento partendo dall'impegno intrapreso dall'Unione europea a raggiungere *"una diminuzione di almeno 20 milioni delle persone povere o a rischio di povertà ed esclusione sociale"* entro il 2020. 3) promozione dei servizi sociali all'interno delle politiche comunitarie: l'ESN è entrato a far parte del gruppo di esperti europei sulla transizione verso l'assistenza collettiva nel marzo 2011 e tale gruppo fornisce servizi di consulenza alla Commissione europea sull'impiego dei fondi strutturali ai fini dello *"sviluppo dell'assistenza collettiva"*.

Per l'anno 2012: 1) redazione di linee guida per il supporto dei decision-makers e degli operatori nel processo di deistituzionalizzazione e nella comprensione dei valori insiti nell'assistenza collettiva. L'ESN ha sottolineato la responsabilità democratica e il ruolo politico delle autorità locali e regionali e ha auspicato che ad esse venga riservato un ruolo guida nella pianificazione strategica e nel coordinamento dei vari attori. 2) La Regione del Veneto ha collaborato con ESN alla redazione del posizionamento della rete circa il Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute (EIP AHA) auspicando l'assegnazione di un ruolo di maggiore importanza alle autorità locali negli interventi volti alla pianificazione e alla fornitura di servizi pubblici, di trasporti e di accessibilità, atti a migliorare le condizioni di salute e la qualità della vita degli anziani. 3) lancio, anche grazie agli input dei referenti della Direzione Servizi Sociali, di un nuovo gruppo di lavoro sul tema *"Leadership, Prestazioni, Innovazione"*, per osservare più da vicino l'impatto della crisi sulla gestione dei servizi sociali. Nel corso dell'anno, il gruppo ha analizzato numerosi casi di studio sulla crisi, ha discusso il contributo della leadership e della gestione dei servizi pubblici e ha organizzato una sessione speciale sulle pratiche basate sulle evidenze. 4) evento *"Giovani vulnerabili in*

fase di transizione". Il seminario, svoltosi a Roma dal 10 all'11 maggio in collaborazione con la Regione Lazio, si è occupato di come migliorare i risultati e le iniziative per i giovani che escono dalla presa in carico dei servizi e per quelli a rischio di abbandono scolastico, uno degli obiettivi della Strategia Europa 2020. 5) conferenza dal tema "Definire il futuro dei servizi sociali sostenibili: Qualità, Prestazioni, Innovazione". Nel corso delle tre giornate, con un fitto programma di quattro sessioni plenarie e 24 workshop, gli oratori e i delegati hanno risposto alla domanda: "in che modo possiamo creare una società sostenibile in cui sviluppo economico, sociale e ambientale vadano di pari passo?". I workshop hanno permesso di sviluppare un dibattito dall'approccio più "pratico" su un ventaglio di questioni, quali l'integrazione della tecnologia nei servizi di assistenza sanitaria, lo spostamento dei servizi di salute mentale comunitari (deistituzionalizzazione) verso un approccio di tipo riabilitativo, e il miglioramento della continuità lavorativa e della qualità del personale nei servizi di tutela dell'infanzia.

5.3I progetti speciali

La Direzione Servizi Sociali ha orientato la progettazione comunitaria in ambito sociale lungo assi specifici di intervento, in linea con i principali documenti europei sul tema, tra questi, ricordiamo:

- la promozione di stili di vita salutari per la popolazione, soprattutto anziana (in linea con il punto 2.2 del documento "investing in health" della Commissione Europea e con il PSSR, 3.4.1 Aree Prioritarie di Intervento, pag. 89);
- la promozione e il rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria, in particolare per la popolazione anziana per le situazioni di fragilità (secondo quanto indicato nel PSSR al punto 2.3.1);
- la promozione di percorsi e modelli innovativi di presa in carico (secondo quanto affermato dal PSSR al punto 3.1.3) che integrino assistenza sanitaria e sociale nell'ottica di un diverso bilanciamento del rapporto Ospedale - Territorio;
- la lotta contro la povertà (secondo quanto indicato nel già citato documento del Ministro Barca denominato "Metodi e obiettivi per un uso efficace dei fondi comunitari 2014-2020", al punto 4.9 (Pag. 74), con particolare riferimento alle disuguaglianze in salute (in linea con il documento "investing in health" della Commissione Europea al punto 3, pag. 18), e a forme innovative di contrasto, come l'azione su concetti quali le eccedenze alimentari o la povertà energetica;
- il contrasto alle dipendenze, soprattutto nel contesto giovanile ed in territori marginali e svantaggiati (come previsto dal PSSR al punto 3.5.6, pag. 106);
- la promozione dei concetti di "cittadinanza e accessibilità per tutti", in particolare tra le fasce giovanili della popolazione (punto 3.5.5 del PSSR), con particolare enfasi ai progetti di "vita indipendente" ed al potenziamento della rete residenziale;

In particolare, con il progetto europeo **AIDA** (Integrazione Avanzata per un Dignitoso Invecchiamento, Programma PROGRESS) la Direzione ha inteso perseguire l'obiettivo di creare e testare localmente, a livello di Distretto o di Ambito, delle Linee Guida per l'integrazione dei settori Salute e Sanità, in particolare con riguardo agli anziani in situazione di fragilità; percorsi integrati di assistenza, strumenti integrati di valutazione e attenzione alla "continuità dell'assistenza" socio - sanitaria sono i pilastri del progetto, che vede nella collaborazione tra Regione Liguria (Capofila), INRCA, Anziani e non solo, ENEA ed EUROCAREERS una solida ossatura scientifica ed operativa a supporto del raggiungimento dell'obiettivo preposto. A tale progetto si affianca, sempre nell'ambito "anziani e fragilità" ma con un taglio maggiormente legato al tema della residenzialità, il progetto Europeo **HELPS** (Programma Central Europe, Housing and Home Care for the Elderly & Vulnerable People) che, grazie alla collaborazione, tra gli altri, della Regione Friuli Venezia Giulia (capofila), mira a studiare e sperimentare soluzioni innovative nel campo della domiciliarità e del "residenziale di comunità", per migliorare nel contempo la qualità e la convenienza dell'offerta residenziale per anziani. Il programma PROGRESS ha

permesso alla Direzione Servizi Sociali di implementare altre due progettazioni speciali, intitolate **RETHI** (Regions Tackling Health Inequalities) e **CHAIN** (Exchange of Experiences and methods of early intervention): mentre la prima ha voluto promuovere e stimolare la riflessione sulle disuguaglianze in Salute, pianificando nuove strategie politiche e favorendone l'implementazione da parte di numerose autorità pubbliche in Europa, la seconda ha sviluppato programmi di supporto alla genitorialità creando strumenti ad hoc per la realizzazione di percorsi specifici, anche attraverso visite transnazionali di studio strutturate. Sempre nell'ambito della famiglia, e dei giovani in particolare, ricordiamo anche i progetti "Friends Beyond Borders" (Youth in Action programme), che si è posto l'obiettivo di creare e sviluppare iniziative finalizzate alla promozione dell'integrazione sociale di persone con disabilità intellettuali, favorendo la centralità dell'essere umano, il coinvolgimento delle persone e le pari opportunità; "Mind the Gap" (Grundtvig Programme), che ha previsto lo sviluppo di workshop per lo scambio di buone pratiche nell'ambito del reinserimento lavorativo, in particolare dei giovani e delle fasce deboli della popolazione; "All for You" (Interreg IVB Italia Austria), finalizzato a creare una alleanza contro la dipendenza e l'abuso di alcool tra i giovani nell'area transfrontaliera di Veneto, Friuli Venezia Giulia e Austria.

Sempre in ambito Europeo sono stati reperiti i fondi per il finanziamento della Rete ELISAN nel 2012, attraverso l'approvazione di un contributo annuale da parte del programma Europe for Citizens, permettendo maggiori opportunità di scambio internazionale e di progettazione comune tra i membri della rete.

Oltre alla progettazione in ambito Europeo, la Direzione Servizi Sociali è coinvolta come provider all'interno del bando SMART CITIES del MIUR con la proposta di progetto intitolata ADAPT - Accessible Data for Accessible Proto-Types in Social Sector. L'obiettivo di tale iniziativa è da un lato quello di potenziare e rendere più sicuro il sistema informativo di raccolta e utilizzo dei dati nel settore dei Servizi Sociali (componente "sociale" del Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico, come indicato nel PSSR a pag. 134, punto 4.4.2) e dall'altro di sviluppare soluzioni prototipali per la residenzialità delle persone parzialmente o totalmente non autosufficienti, innovative e sostenibili dal punto di vista economico grazie al concetto di "welfare di comunità", nell'ottica di un miglioramento sia della salute degli utenti che della qualità dei servizi di assistenza (come indicato dal PSSR a pag. 97 – punto 3.5.4), per garantire nuove forme di sollievo per famiglie e per operatori socio-sanitari, anche attraverso il potenziamento del turismo sociale accessibile.

5.4 La progettazione europea, interregionale e regionale: focus sulla promozione degli stili di vita sani

Nella progettazione europea, interregionale e regionale la prevenzione e la promozione degli stili di vita sani sono percorsi attivati trasversalmente nei vari ambiti della dimensione sociale e sono un terreno in via di esplorazione, soprattutto, se consideriamo le peculiari condizioni della società contemporanea definita recentemente come "la società del rischio"⁹.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità individua nel concetto di benessere di cui la salute non è soltanto assenza di malattia, ma un generale stato di benessere dell'individuo inserito nel proprio habitat e nel proprio contesto esistenziale.

Con quest'ottica la Regione del Veneto fin dall'anno 2000, è stata molto interessata ad avviare, di concerto con l'OMS, una serie di programmi di sanità pubblica destinati a promuovere più corretti stili di vita da parte degli adolescenti.

⁹ Beck. U., La società del rischio, verso una seconda modernità, Carocci Editore, Roma 2000

In un contesto dove la dimensione del rischio fa parte del sistema sociale, la prevenzione e la promozione di stili di vita sani hanno una funzione "preventiva" che riduce le occasioni e le possibilità che il soggetto sperimenti o versi in condizioni di disagio.

La prevenzione rappresenta la vera sfida per i sistemi di welfare in cui l'alcol, così come in tutta Europa, costituisce la prima causa di morte dei giovani tra i 18 e i 25 anni e in cui una specifica situazione di emergenza è data dalla guida in stato di ebbrezza, che contribuisce al 40% della mortalità da incidente sulla strada, e dalla progressiva diminuzione dell'età in cui i giovani iniziano a bere ma anche dall'aumento del "binge drinking" (bere per sballare).

La scuola, quindi, congiuntamente alla famiglia e alla comunità locale, dovrebbe rappresentare un efficace strumento di prevenzione primaria dei comportamenti a rischio in quanto capace di stimolare e sviluppare abilità personali e sociali tali da poter ritardare od evitare l'intraprendere di condotte generalmente rischiose che possono, sia a breve che a lungo termine, influenzare in modo negativo la salute fisica ed il benessere psicologico e sociale di una persona.

Aiutare e sostenere il processo di crescita degli adolescenti è sicuramente un intervento con una valenza di tipo educativo molto importante, così come importanti sono gli interventi di prevenzione del disadattamento giovanile, la cui valutazione, però, è senza dubbio un'impresa difficile.

Diventa decisivo pertanto progettare interventi di prevenzione nelle fasce giovanili, al fine di:

- indurre un cambiamento comportamentale circa l'uso, le opinioni e gli atteggiamenti riguardanti le "sostanze ricreative", attraverso lo sviluppo di capacità di riflessione e di critica e quindi di capacità decisionali responsabili;
- cercare di prevenire ogni possibilità di iniziazione e stabilizzazione nell'uso delle sostanze psicoattive e nei conseguenti o concomitanti comportamenti a rischio che possono avere conseguenze, in termini personali e sociali, anche molto gravi;
- rivolgersi sia ai giovani che sono a contatto con situazioni e ambienti dove esiste una contiguità con le suddette sostanze, sia ai giovani non più facenti parte del circuito scolastico (lavoratori, disoccupati, sportivi ecc.), per i quali non sempre appare facile l'individuazione e la rilevazione dei loro bisogni.

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged children) realizzato nel 2010 dalla Organizzazione Mondiale della Sanità con la Regione del Veneto, ha avuto lo scopo di aumentare la comprensione degli stili di vita e dei comportamenti legati alla salute in preadolescenza. Il target del campione è la popolazione giovanile di età compresa tra 11-15 anni. La ricerca è volta all'individuazione dei fattori, dei determinanti ambientali e il contesto socio-relazionale che favoriscono o determinano il sorgere di comportamenti a rischio.

La condizione che influenza la salute psico-fisica dei giovani adolescenti diventa una priorità da seguire e una sorgente di informazioni. Il segmento di popolazione considerata rappresenta il terreno fertile sul quale agire in ottica preventiva, perché i giovani adolescenti sono la popolazione che rappresenta lo sviluppo futuro ed un contesto permeabile nel quale stimolare saperi. Sempre in quest'ottica alcuni progetti regionali proseguono a livello locale percorsi di sensibilizzazione e promozione di stili di vita sani attraverso lo stimolo dello spirito critico nei giovani adolescenti. L'area di intervento in cui si sviluppa il progetto è la scuola, con interventi che vadano a sollecitare le capacità e lo spirito critico dei ragazzini della classe quinta della scuola primaria in merito alla proposta di alcuni modelli culturali da parte dei mass-media.

L'Azienda ULSS 22 attraverso il progetto "Siamo sicuri" ha intercettato gli alunni della classe quinta della scuola primaria considerata come la fase intermedia e di passaggio preadolescenziale. Altri progetti regionali hanno interessato tematiche quali: il consumo di sostanze stupefacenti in uno scenario di prevenzione e inclusione sociale (Azienda ULSS 13), o il consumo di bevande analcoliche Enjoy your choice (meno alcool più gusto) (Azienda ULSS 6).

Una progettazione marginale o inclusiva? Prospettive e orizzonti

I fenomeni dell'esclusione e della vulnerabilità sociale, che si collocano nell'ambito delle competenze regionali dell'ufficio carcere e marginalità sociale, hanno riguardato con particolare attenzione quei soggetti chiaramente svantaggiati e/o a rischio, che appartengono all'area della marginalità estrema (senza dimora, ex detenuti, prostitute...). In tali ambiti, la funzione di programmazione, propria della Regione, è stata orientata dai seguenti principi, che costituiscono gli elementi fondanti delle politiche di welfare:

- la sussidiarietà: il mutato ruolo della partecipazione della comunità locale e dei cittadini da un'interpretazione riduttiva per cui lo Stato interviene lì dove altri non operano a un modello che equilibra organicamente i vari livelli e funzioni della società in modo integrato, senza indebite sostituzioni, per favorire la responsabilità di ogni attore (v. L. 328/00, art. 2).
- la governance: il passaggio dall'azione al processo di governo intesa come attività di coordinamento tra i diversi attori interessati ad un risultato in un contesto di rete, con capacità di gestione e di partnership, come azione processuale e strategica svolta da un soggetto pubblico nei confronti di altri soggetti pubblici, profit e non profit.

L'applicazione dei suddetti principi ha portato allo spostamento dell'asse della fruizione dell'intervento economico. Un presupposto per la comprensione della domanda del cittadino è la valutazione tecnica professionale che valorizza la centralità dei servizi sociali del territorio, quale preconditione per l'accesso al contributo, e rappresenta una risorsa attivabile solo all'interno di un percorso personalizzato di presa in carico.

In concreto ciò si è tradotto nella promozione da parte della Regione Veneto di "piani di azione locale di inclusione sociale" (PALIS), che hanno valorizzato la sinergia tra programmazione regionale e progettazione locale, sperimentata grazie ai finanziamenti ex art.28 L 328/2000; LR 41/97; hanno introdotto il concetto di piano integrato per l'inclusione sociale, superando gli interventi settoriali per target e hanno garantito in ogni territorio provinciale lo sviluppo di un modello di partnership e coprogettazione fra soggetti pubblici e del no profit.

Questo "processo", ancora in evoluzione, è stato frutto di un importante investimento culturale, tecnico e politico, sostenuto da anni dalla Regione Veneto, finalizzato ad abbandonare la logica dell'assistenzialismo puro e ad abbracciare un rinnovato modello di welfare dove solidarietà e valori sociali, coniugati alla centralità della persona, considerata all'interno del proprio contesto relazionale, rappresentano il paradigma strategico e operativo, che connota il sistema dei servizi sociali.

Ma tale processo potrebbe arrestarsi a causa della mancanza di risorse e dell'impossibilità da parte dei Comuni di attivare risorse alternative o proprie. Il rischio è dunque quello di ritornare ad un vecchio modo di "fare assistenza", improntato sull'anomalia di contributi economici straordinari, erogati da un ente di programmazione che assume una funzione di gestione, in posizione vicaria rispetto alle amministrazioni comunali, cui, per quanto stabilito dal quadro normativo, è propria tale competenza.

In conclusione la preoccupazione più forte, espressa soprattutto dal territorio, è che il meccanismo di caduta a pioggia delle risorse sia pensato solo per risolvere le emergenze, a fronte invece di una crisi economica che non accenna a fermarsi e che costringerà fasce sempre più vaste di popolazione a implorare aiuto all'ente pubblico.

6. Strumenti a supporto del governo del sistema

6.1 Monitoraggio programmazione sociale e socio-sanitaria

Da alcuni anni la Direzione Regionale Servizi Sociali attua un'attività di monitoraggio e valutazione annuale dei Piani di Zona, sviluppati negli ambiti relativi alle 21 Aziende ULSS della Regione. Da tale rilevazione è prodotto un report regionale annuale che valorizza il confronto tra i territori sulle politiche e gli interventi sociali e socio-sanitari realizzati.

L'attività di valutazione e monitoraggio dei Piani di Zona dei servizi sociali si può far risalire al 2006 quando la Giunta Regionale, a seguito del provvedimento 30 dicembre 2005, n. 4260, decise di svolgere un'attività di analisi e lettura comparata dei Piani di Zona - triennio 2003/2005 che si inseriva in una più ampia attività di ricerca, tesa a formalizzare il quadro programmatico caratterizzante quella triennalità. Successivamente con DGR 23 maggio 2006, n. 1560, furono integrate le linee guida sui Piani di Zona, allora vigenti, con specifiche indicazioni per la valutazione degli stessi. Ulteriori determinazioni in materia furono adottate con DGR 28 novembre 2006, n. 3702, con cui si stabilì: di declinare l'attività di valutazione sia a livello territoriale (per ambito di Azienda ULSS) sia a livello regionale; la produzione, da parte delle Aziende ULSS, di una relazione annuale valutativo-previsionale; la produzione di una relazione valutativa annuale da parte della Direzione Regionale Servizi Sociali, condotta sulla base delle relazioni prodotte dagli uffici di piano. Più recentemente, l'attività di monitoraggio e valutazione dei Piani di Zona è stata confermata nelle nuove linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona 2011/2015, adottate con DGR 26 gennaio 2010, n. 157, con cui si è prevista anche l'istituzione dell'Ufficio di Piano quale organismo tecnico di staff che facilita e supporta operativamente il processo di programmazione, con riferimento alle attività di costruzione, monitoraggio e valutazione del Piano di Zona.

Il percorso di monitoraggio e valutazione dei Piani di Zona si è inserito per diverso tempo nell'ambito di progettualità attuate con la collaborazione dell'Università Cà Foscari Venezia, per il tramite dell'Osservatorio Regionale Nuove Generazioni e Famiglia. Tali progettualità si ponevano l'obiettivo principale di riportare al centro dell'azione locale la programmazione, definire le politiche di intervento, realizzare servizi ed interventi coerenti con tali politiche e mettere in atto strategie di valutazione in grado di fornire informazioni utili per ri-orientare, laddove necessario, la programmazione e l'operatività dei diversi soggetti.

Nel progetto di monitoraggio e valutazione dei Piani di Zona si è considerato l'intero insieme dei servizi, interventi e progettualità attive nel territorio, indipendentemente dal soggetto che ne è responsabile, sia questo un ente di natura giuridica pubblica o privata. Si tratta perciò di un modello di valutazione di dimensione regionale che presuppone la possibilità di confrontare, a livello regionale, una serie di informazioni e che queste informazioni, a livello locale, possano essere utilizzate nel lavoro di confronto con gli stake-holders, anche attraverso un arricchimento dei dati utilizzati. Inoltre, a livello locale, si è cercato di valutare la differenza tra quanto programmato (documento di Piano di Zona) e quanto effettivamente realizzato.

Più specificatamente, a livello regionale, si sono perseguiti i seguenti obiettivi valutativi: conoscenza delle opportunità offerte ai cittadini su tutto il territorio regionale e loro confronto tra territori; conoscenza del dimensionamento dei servizi rispetto alla capacità di dare risposta ai cittadini; rilevazione dell'impegno complessivo di risorse investite per il benessere dei cittadini; verifica della differenziazione dei sistemi di offerta territoriali rispetto alla responsabilità della gestione e dell'erogazione dei servizi; rilevazione dei costi dei servizi e dei fattori produttivi che maggiormente incidono. Tali obiettivi prevedevano, rispettivamente, le seguenti azioni: ricostruzione del sistema di offerta; valutazione del numero di utenti complessivamente serviti dal sistema dei servizi; valutazione delle risorse immesse nei servizi sociali e socio-sanitari di un territorio, evidenziando le diverse fonti di finanziamento; rilevazione del sistema di sussidiarietà

assunto nelle diverse aree e nei diversi territori; rilevazione dei costi medi dei servizi per giornata di presenza o per altri parametri individuali.

Le attività progettuali suddette, sono state orientate, in una prima fase, all'analisi della programmazione relativa agli anni 2005/2007, al fine di verificare se i Piani di Zona rappresentavano effettivamente l'intero sistema dei servizi comunali e aziendali rivolti alla cittadinanza della Regione Veneto. In una seconda fase, invece, a fronte delle analisi realizzate sui Piani di Zona 2005/2007, sono stati impostati gli obiettivi del progetto per la programmazione 2007/2009 (poi prorogata al 2010). Il lavoro svolto è stato finalizzato a: guidare gli uffici di piano, dei territori delle Aziende ULSS del Veneto, nella valutazione annuale della programmazione del proprio territorio; progettare la costituzione di un nuovo modello di Piano di Zona (sfociata poi nel documento approvato con DGR 157/2010); sviluppare nella Direzione Regionale Servizi Sociali la capacità di governare i processi di valutazione, attraverso il confronto delle informazioni ai diversi livelli territoriali e di analisi.

Il percorso svolto ha permesso di raggiungere alcuni risultati condivisi tra livello territoriale e livello regionale, tra i quali: la classificazione comune degli interventi, così da consentirne la comparabilità; la raccolta, per ogni unità di offerta, di un set minimo di informazioni al fine della loro classificazione (es. l'utenza, le fonti di finanziamento degli interventi); la realizzazione di un software condiviso per il caricamento, da parte degli uffici di piano, dei dati; la condivisione di regole per la costruzione delle relazioni valutative per ogni Piano di Zona.

Si è andato, così strutturando un monitoraggio che si fonda su due strumenti integrati: la rilevazione annuale dei dati sugli interventi e la relazione valutativo-previsionale che qualifica le scelte compiute ed i risultati raggiunti. Anche tali strumenti sono cambiati nel tempo e stanno assumendo connotazioni diverse con il passaggio alla nuova programmazione.

Infatti, da percorsi sperimentali stanno divenendo processi strutturali nella gestione del Piano di Zona, sia sul fronte normativo, sia nell'esperienza concreta, come mostra anche la figura 2 che illustra il grado di copertura della rilevazione regionale sui Piani di Zona negli anni 2007-2010. Il lavoro compiuto negli anni di sperimentazione ha portato i territori della Regione a condividere classificazioni, linguaggi e contenuti del monitoraggio, rendendo possibili le analisi che vengono riportate nel report annuale redatto dalla Regione (molto di questo lavoro è stato possibile grazie alla costituzione ed al consolidamento degli Uffici di Piano, quali luoghi tecnici di supporto alla programmazione locale ed al processo di raccolta e verifica dei dati di monitoraggio). La relazione valutativo-previsionale cambia volto con l'introduzione del Piano di Zona 2011-2015, poiché la maggiore flessibilità del Piano di Zona a livello annuale comporta la necessità di anticipare la fase previsionale, lasciando alla relazione l'essenza più valutativa, con il compito di qualificare il monitoraggio annuale degli interventi.

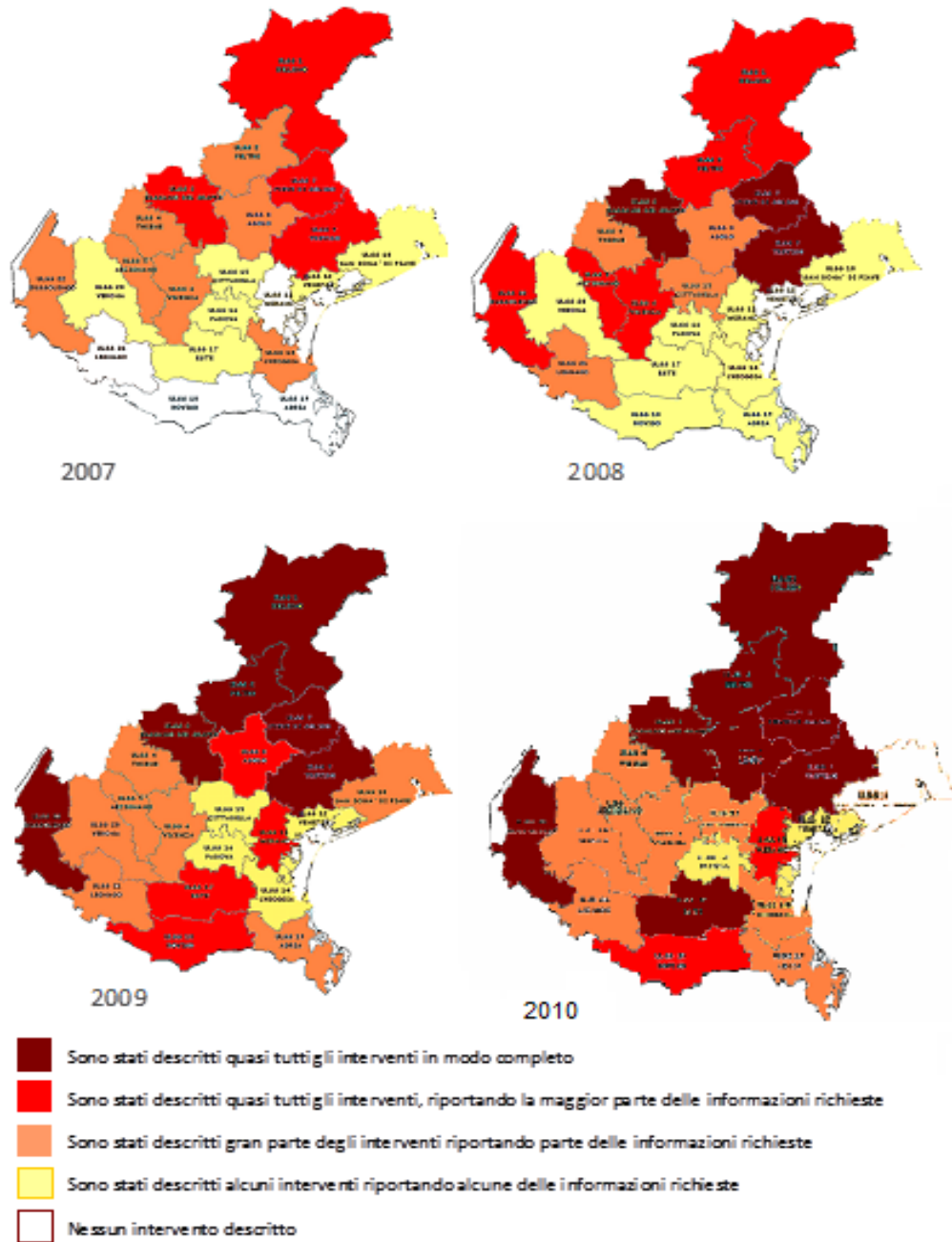
Un primo ed importante risultato raggiunto in tutti questi anni di lavoro è la ricostruzione del sistema di offerta territoriale e l'avvio di un confronto sui costi e i fattori di diversificazione. Il report regionale sui dati del 2010 dimostra che la rete di offerta per la popolazione veneta è piuttosto diversificata e le analisi condotte grazie al monitoraggio dei Piani di Zona consentono di affermare che nel periodo 2007/2010 si è osservata una certa stabilità dell'offerta.

Un'importante dimensione che la descrizione dell'intero sistema di offerta ha permesso di approfondire riguarda la finalizzazione delle risorse economiche investite, ovvero la ripartizione dell'ammontare del finanziamento per singola area di intervento, tenendo conto dell'insieme delle risorse economiche che complessivamente sostengono gli interventi del piano (regionali, comunali, dell'utenza). Nell'interpretazione di tale indicatore è però importante tenere presente che le risorse, destinate alle singole aree di intervento, sono determinate principalmente da due fattori: spesa storicamente sostenuta (difficilmente riconvertibile); scelte politiche effettuate a livello regionale e locale.

Per quanto riguarda, invece, le risorse, l'analisi condotta sui territori, che dispongono di una maggiore completezza delle informazioni (sia a livello di mappatura degli interventi che per la descrizione dell'ammontare delle risorse impiegate per area di intervento), conferma che:

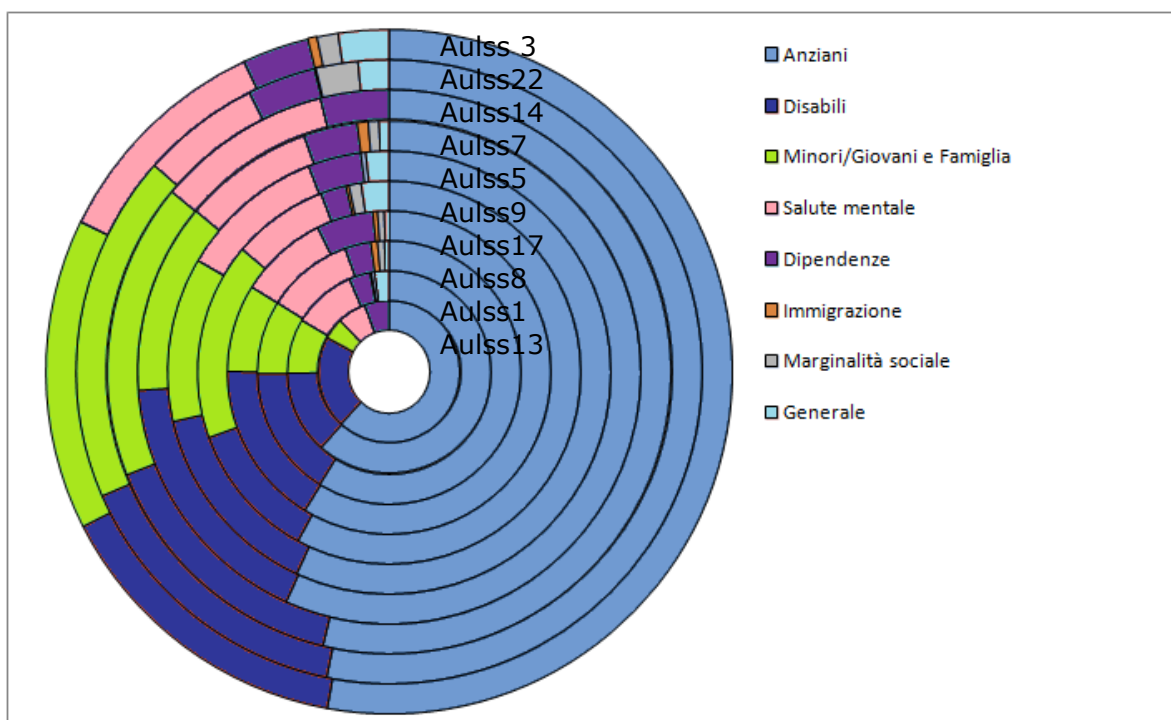
- la distribuzione delle risorse finanziarie per area di intervento vede prevalere l'area degli interventi a favore degli anziani che assorbe più del 50% dell'investimento complessivo (dal 53% al 62%);
- secondo i dati raccolti, in termini di risorse economiche l'area socio-sanitaria sembra prevalere sull'area degli interventi sociali (quote consistenti sono assorbite dall'area "Disabili" (12%-21%) e dell'area "Salute mentale" (6%-11%) ma anche l'area degli interventi a contrasto della dipendenze assorbe una quota non trascurabile con un peso percentuale che varia tra il 2% e il 6%);
- l'area degli interventi rivolti ai minori e alle loro famiglie, caratterizzata da molteplici obiettivi che vanno dal sostegno ai genitori nella cura e nell'educazione dei figli (Prima infanzia), alla tutela dei minori in stato di disagio e all'informazione e all'orientamento dei giovani, assorbe una percentuale di risorse che arriva al 18% di quanto allocato con i Piani di Zona e si può notare come la variabilità tra i territori sia elevata, in modo ancor maggiore rispetto alle altre aree (il range varia dal 5 al 18%);
- risultano minoritarie le aree degli interventi attuati per fronteggiare i bisogni delle persone in condizione di marginalità e per rispondere alla necessità di integrazione mossa dalla presenza sempre più rilevante, in tutto il territorio regionale, di una parte di cittadini che provengono da paesi stranieri (queste due aree però non sono state prese in considerazione da tutti i territori).

Fig. 6.1.1 - Copertura della rilevazione regionale sui Piani di Zona. Veneto - 2007 : 2010.



Fonte: dati monitoraggio Piani di Zona . Anni 2007 : 2010.

Fig. 6.1.2 - La distribuzione delle risorse per area di intervento. Veneto - Anno 2010



Risorse economiche : risorse in entrata (o finanziamenti) che vengono successivamente allocate per l'acquisizione dei fattori produttivi (personale, beni di consumo e beni di investimento). I finanziamenti comprendono sia gli apporti di capitale da fonti esterne (ad es. Regione e Compartecipazione degli Utenti) sia quelli interni. Si tratta di risorse pubbliche e private.

Gli interventi presi in considerazione comprendono tutti gli interventi, ad eccezione degli interventi dell' "Assistenza domiciliare medico-infermieristica", indicata solo in alcuni Piani di Zona, dell' "Assistenza Domiciliare Integrata (ove non compresa nell'Assistenza domiciliare socio-assistenziale)", dei "Contributi economici per i servizi scolastici", del "Servizio di Neuropsichiatria Infantile" e del "Servizio di neuropsichiatria, psicologia e riabilitazione" dell'area disabilità. Inoltre le "Rette per interventi residenziali e semi-residenziali" sono state trascurate per contenere il rischio di doppi conteggi mentre gli altri interventi sono stati trascurati per aumentare il grado di confrontabilità. Gli interventi SVP e Hospice sono riportati nell'area Generale poiché non sono rivolti esclusivamente all'area anziani ma ad un target più ampio.

Fonte: dati monitoraggio Piani di Zona . Anno 2010

I risultati raggiunti, in questi anni di lavoro, a livello regionale e territoriale, non appaiono sempre diffusi in maniera omogenea in tutte le ULSS della Regione, come ad esempio la diffusione della cultura del dato e il coinvolgimento dei diversi attori. Infatti, le informazioni necessarie per la valutazione dei Piani di Zona vengono prodotte da una molteplicità di enti (i servizi dell'Azienda ULSS, le Amministrazioni Comunali, gli enti gestori dei servizi di diversa natura giuridica, ecc), ossia soggetti che sono stati nel tempo produttori e detentori dei propri dati. Si tratta pertanto di un processo di confronto nuovo perché non si basa su dinamiche gerarchiche dato che i soggetti coinvolti sono dotati di autonomia e non hanno un debito informativo con gli uffici di piano. Si è perciò trattato di attivare uno scambio basato sull'utilità reciproca e sul riconoscimento che il lavoro che si sta svolgendo, proprio perché integrato, offre un valore aggiunto importante ai diversi livelli organizzativi. Si tratta tuttavia di un percorso che in alcuni ambiti territoriali ancora non si è consolidato con la conseguente difficoltà, da parte degli uffici di piano, di raccogliere dati ed informazioni. Ci sono pertanto territori ULSS in cui il monitoraggio è completo ossia ogni area di intervento è coperta dalla rilevazione e altri meno.

Nello specifico, sono ancora caratterizzate da carenze informative: l'area dell'inclusione e della marginalità sociale (l'area della marginalità sociale non era presente in tutti i Piani di Zona 2007/2010 in quanto molti territori non l'avevano inclusa perciò nelle linee guida che sostengono la programmazione 2011-2015, la Regione ha chiaramente indicato la

necessità di includere anche questa area); l'area dell'immigrazione (anch'essa non presente in tutti i Piani di Zona 2007/2010); l'area della famiglia, infanzia, adolescenza, minori e giovani (il sistema di offerta di quest'area, essendo molto articolato e frammentato tra i soggetti pubblici (i Comuni in primis) ed i soggetti privati, risulta molto difficile da descrivere e, di conseguenza, da monitorare).

Altre difficoltà sono ancora presenti relativamente ad alcune informazioni tra cui: l'individuazione, per ogni tipologia di intervento, della grandezza da rilevare per quantificare l'utenza; il sistema di accesso (rappresenta certamente uno dei nodi più critici della rete di offerta a livello regionale, il monitoraggio dei Piani di Zona infatti mette in luce molte diversità legate non soltanto alla quantità di risorse economiche dedicate a livello locale a tali interventi, ma anche, e soprattutto, alle tipologie di intervento attivate a livello territoriale); il quadro delle risorse complessivamente immesse nel sistema.

In generale la ricchezza informativa oggi disponibile a livello locale e regionale è basata sullo sforzo degli operatori dei servizi e degli uffici di piano che sostengono una massiccia azione di rilevazione annuale dei dati. L'esito del monitoraggio e della valutazione è pertanto influenzato dal grado di strutturazione dell'Ufficio di piano a livello territoriale e della sua reale possibilità di fungere da collettore dei processi di raccolta delle informazioni presso gli enti territoriali, di coordinare le attività di rilevazione e diffondere i processi di apprendimento fondati sul confronto e lo studio dei risultati delle azioni programmate. A questo riguardo, forte è la richiesta che perviene dai suddetti Uffici di sostegno non solo materiale (di maggiori risorse dedicate alla loro attività) ma anche di legittimazione affinché il lavoro svolto diventi davvero la base per le decisioni da prendere in tema di programmazione socio-sanitaria.

A livello regionale solo recentemente è stato iniziato il processo di strutturazione di un "ufficio di piano" che possa programmare e coordinare le attività di monitoraggio e valutazione con e tra gli ambiti territoriali del Veneto. Si tratta, comunque, di un processo che deve necessariamente essere accompagnato da una ripresa, da parte della Regione del Veneto, del confronto con il livello territoriale relativamente ai vari ambiti della programmazione. Così come è necessario che la stessa continui a perseguire alcuni impegni che si è assunta in questi anni di attività e che saranno determinanti per la continuazione e riuscita del processo intrapreso:

- la strutturazione dell'ufficio di piano regionale;
- il sostegno al processo di rilevazione semplificando la raccolta delle informazioni e riducendo la molteplicità di flussi presenti;
- l'integrazione della programmazione regionale e quella locale effettuata tramite i Piani di Zona, per consentire ai territori una più efficiente ed efficace programmazione;
- il consolidamento della struttura del monitoraggio annuale dei dati per consentire ai territori di sviluppare i propri sistemi informativi a supporto ed evitare continui adattamenti;
- il sostegno agli uffici di piano, quali organismi tecnici che consentono di promuovere la condivisione dei linguaggi e delle modalità di raccolta e analisi dei dati;
- il confronto ai vari livelli tra la Regione e il territorio e tra i territori.

6.2 Valutazione della qualità dei servizi

La Regione del Veneto nel proprio impegno in materia di promozione della qualità, ha approvato nel 2002 una disciplina quadro sull'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali, pubbliche e private, anche a carattere non lucrativo. Tale disciplina quadro è rappresentata dalla legge regionale n. 22 del 16 agosto 2002, "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie".

La legge regionale n. 22/02 è uno degli strumenti attraverso cui la Regione del Veneto ha inteso promuovere lo sviluppo della qualità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria attraverso un approccio di sistema orientato al miglioramento continuo della qualità.

La procedura di autorizzazione e accreditamento delle strutture che erogano prestazioni socio-sanitarie e sociali in regime residenziale/semiresidenziale, rappresenta il percorso per migliorare - con i nuovi requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi richiesti - l'efficienza, l'efficacia, la sicurezza, l'accessibilità, l'umanizzazione, l'aggiornamento, in una parola, la qualità dell'intero sistema regionale di servizi alla persona, a tutela e garanzia dell'affidamento che i cittadini ripongono sul nostro sistema di welfare.

L'autorizzazione all'esercizio è un provvedimento amministrativo che rende lecito l'esercizio delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali da parte di qualsiasi soggetto pubblico o privato in possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi prestabiliti e verificati, che la Regione del Veneto ha determinato con Delibera di Giunta 16 gennaio 2007, n. 84.

Si sottolinea in proposito l'attenzione data alla sicurezza negli ambienti di lavoro e di conseguenza all'applicabilità del D.lgs 9 aprile 2008, n. 81 anche alle strutture sociali e socio-sanitarie. In considerazione di quelli che sono i fattori di rischio, ai fini dell'autorizzazione all'esercizio, si richiede alle strutture di adempiere alle nomine e alle procedure previste dal richiamato D.lgs, quali l'individuazione del soggetto che assume la funzione del datore di lavoro, l'istituzione del servizio di prevenzione e protezione e nomina del relativo responsabile, la valutazione dei rischi, la nomina del medico competente e l'attivazione della sorveglianza sanitaria. E altresì richiesto che gli operatori della struttura operanti a qualsiasi titolo, abbiano seguito corsi di formazione relativi ai contenuti di pronto soccorso e contenuti di prevenzione antincendio.

Si rileva, inoltre che l'attuazione del procedimento di autorizzazione all'esercizio, nel suo complesso, ha, in alcuni casi, richiesto alle strutture interessate, la predisposizione di piani di adeguamento da attuarsi nei limiti temporali massimi previsti dalla legge 16 agosto 2002, n. 22, ed individuati in 5 anni per i requisiti strutturali e impiantistici, ed in 3 anni per i requisiti tecnologici ed organizzativi.

Accanto all'autorizzazione all'esercizio si pone l'accreditamento istituzionale, che come stabilito dalla legge 16 agosto 2002, n. 22 deve concorrere al miglioramento della qualità del sistema sanitario, socio-sanitario e sociale, garantendo ai cittadini adeguati livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni erogate per conto ed a carico del servizio sanitario nazionale e di quelle erogate nell'ambito degli interventi di cui alla legge 8 novembre 2000, n.328. A tal fine la Regione del Veneto con DGR 16 gennaio 2007, n. 84, oltre che individuare i requisiti necessari per l'autorizzazione all'esercizio, ha provveduto ad individuare anche i requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale, orientati a dare attuazione a quanto stabilito dalla legge 16 agosto 2002, n. 22.

Il procedimento di accreditamento delle strutture socio sanitarie e sociali nel corso del 2011 e del 2012 è proceduto a pieno regime. Alla data del 31 dicembre 2012, tuttavia, tale percorso non può ancora considerarsi compiuto, dati i molteplici procedimenti di accreditamento in corso e da attivare.

Le strutture accreditate alla data del 31 dicembre 2012, risultano comunque rispondenti agli standard di qualità richiesti dalla vigente normativa regionale, venendo in tal modo a creare dei validi presupposti per il miglioramento della qualità del sistema socio-sanitario regionale, intrinseco all'accreditamento stesso. Requisiti organizzativi quali *"E' garantita l'esistenza di un controllo di gestione"* e *"E' garantita l'esistenza di un sistema di controllo dei risultati"*, da un lato, e il requisito che dispone debbano essere *"messi in atto*

strumenti e procedure di rilevazione della soddisfazione dell'utente e della famiglia" costituiscono i presupposti per un feedback dell'attività erogata dalle strutture sociosanitarie e sociali, in termini economici ed in termini di soddisfazione dell'utente e della famiglia, utili al miglioramento del sistema. Un feedback economico è infatti necessario per la valutazione della sostenibilità economica nel breve e nel lungo periodo delle strutture erogatrici dei servizi sociosanitari e sociali, oggi più che mai, alla luce dell'attuale contesto di crisi economica, in cui versa il nostro paese. Ma al contempo, se l'obiettivo è il miglioramento della qualità del servizio, risulta essere indispensabile anche un feedback sulla bontà del servizio erogato agli utenti, al fine di individuare punti di forza ed eventuali criticità sulle quali intervenire. E le indicazioni e i risultati dei questionari rappresentano utili indicazioni per valutare la soddisfazione dell'utente e della famiglia.

Risultano, pertanto, solo parzialmente attuati, in ragione dei molteplici procedimenti di accreditamento in corso e da attivare, gli interventi previsti dal Piano Socio Sanitario regionale 2012-2016, di seguito elencati:

- completamento di una banca dati sulle strutture socio-sanitarie e sociali autorizzate ed accreditate;
- diffusione degli standard qualitativi regionali su tutta l'offerta sanitaria, socio-sanitaria e sociale pubblica e privata.

Ulteriore intervento, previsto dal Piano Socio Sanitario regionale, per assicurare il raggiungimento degli obiettivi di salute ed il funzionamento dei servizi, è la semplificazione del procedimento di autorizzazione e di accreditamento con eventuale revisione della disciplina regionale.

Si rileva in proposito che un primo passo verso tale direzione è stato compiuto con l'introduzione dell'istituto dell'autocertificazione – ad opera della DGR 18 ottobre 2011, n. 1667- nella forma della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 DPR n. 445/2000) per le istanze di rinnovo di autorizzazione all'esercizio relative a strutture sociali e sociosanitarie per le quali i requisiti minimi generali e specifici non abbiano subito modifiche o variazioni nel corso della durata dell'autorizzazione all'esercizio.

Si rileva inoltre, che la soppressione dell'Agenzia Regionale Socio-sanitaria - ARSS, disposta con legge regionale 3 dicembre 2012, n. 46, non potrà che avere delle importanti ricadute nella realizzazione dell'intervento programmatico sopra richiamato inerente la revisione/semplificazione della disciplina regionale di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento. L'Agenzia Regionale Socio Sanitaria rappresentava, ai sensi della DGR 3 luglio 2007, n. 2067 il soggetto istituzionale deputato alla verifica della rispondenza ai requisiti di accreditamento, dell'attività svolta e dei risultati ottenuti delle strutture sociali e sociosanitarie e, in alcuni casi, di verifica anche dei requisiti di autorizzazione all'esercizio delle medesime strutture.

Il vuoto gestionale lasciato dalla soppressa Agenzia regionale impone pertanto una rapida revisione delle procedure di autorizzazione ed accreditamento in essere, al fine di dare compiuta risposta alle molte istanze di accreditamento non ancora evase. L'attuazione del richiamato intervento inserito nel Piano Socio Sanitario Regionale, comporta in prospettiva anche un'analisi sull'attualità dei requisiti di autorizzazione all'esercizio ed accreditamento ai fini di una eventuale loro revisione. Questo, per quanto riguarda il settore della disabilità, è strettamente correlato agli esiti dell'applicazione della scheda SvaMDi - scheda per la valutazione multidimensionale delle persone con disabilità - di cui alla DGR 28 dicembre 2012, n. 2960 - finalizzata alla discriminazione dei diversi livelli di bisogno in relazione alla condizione di disabilità. Gli esiti dell'applicazione della SvaMdi rappresentano pertanto un utile e indispensabile supporto per la valutazione della rispondenza ai bisogni assistenziali, così individuati, dei vigenti requisiti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento.

Si ritiene necessaria, infine, una digressione su una particolare dimensione attuativa della LR n. 22/2002 facente riferimento al perseguimento degli standard qualitativi regionali per l'esistente rete di offerta socio sanitaria pubblica e privata da parte degli enti gestori

dei servizi residenziali e semiresidenziali riservati alle persone anziane non autosufficienti e alle persone disabili.

Nel periodo considerato oltre alle realizzazioni di nuove strutture per persone anziane e agli ampliamenti della capacità ricettiva di strutture già facenti parte della rete regionale, è stato rilevante l'impegno finalizzato all'adeguamento dell'offerta socio-sanitaria esistente ai requisiti delle leggi nazionali sulla sicurezza (D.lgs. n. 81/2008) e della DGR 84/2007 di attuazione della LR n. 22/2002.

Si constata che la legge regionale 22/2002 non prevede erogazioni o contributi che possano costituire il presupposto del perseguimento del sistema della qualità nel territorio; l'applicazione della legge - che interviene su un tessuto territoriale esistente caratterizzato da presupposti autorizzativi superati dal nuovo sistema di qualità dell'offerta - ha evidenziato la necessità di anche importanti adeguamenti strutturali per buona parte delle sedi già da tempo operanti e costituenti un riferimento quasi istituzionale per la popolazione. Le soluzioni per il perseguimento degli standard della DGR 84/2007 sono state la ristrutturazione (richiedente tempi anche pluriennali), il trasferimento presso altro indirizzo e in alcuni casi la costruzione ex novo. Si è rilevata l'incidenza delle sedi di rango artistico e storico per le quali sono state concesse, dopo dedicata valutazione, deroghe all'applicazione dei requisiti strutturali previsti dalla DGR; le deroghe sono state accordate nel rispetto delle condizioni minime di sicurezza per gli utenti e gli operatori dei servizi.

Gli interventi di ristrutturazione ed adeguamento normativo resi necessari dall'applicazione delle norme vigenti sopra richiamate hanno richiesto un particolare impegno economico-finanziario da parte degli enti titolari delle funzioni di offerta; per molti di essi oltre l'utilizzo di avanzi di amministrazione o l'alienazione di proprio patrimonio, si è reso necessario il ricorso all'indebitamento.

La politica regionale di promozione della realizzazione degli standard qualitativi nel territorio si è sostanziata comunque con l'erogazione di finanziamenti a fronte di progettualità di adeguamento proposte dagli enti interessati; tali risorse sono state in prevalenza assegnate dalla legge n. 67/1988 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato. Legge finanziaria 1988" (art. 20 sull'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti), dalla LR n. 1/2004 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2004." (art. 36: "Contributi per l'adeguamento e la realizzazione di strutture, impianti e arredi nel settore socio-sanitario."), dalla LR n. 9/2005 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2005." (art. 25: "Strutture innovative per la disabilità.") e dalla LR n. 7/2011 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2011." (art. 8: "Fondo regionale di rotazione per la costruzione e ristrutturazione del patrimonio immobiliare destinato a servizi sociali e socio-sanitari.").

In attuazione dell'art. 8 della LR 7/2011 merita un cenno la DGR 1509/2011 con la quale la Giunta Regionale ha approvato, per l'anno 2011, i criteri e le modalità per l'accesso ai contributi a far carico sul "Fondo regionale di rotazione per la costruzione e ristrutturazione del patrimonio immobiliare destinato a servizi sociali e socio-sanitari", la cui dotazione era prevista, per l'anno 2011, in 50 milioni di euro. Tale dotazione, ai sensi della DGR suddetta, è stata destinata: per una quota pari al 50% agli interventi di acquisto, costruzione, ristrutturazione, arredi, manutenzione, adeguamento alle norme sulla sicurezza e adempimento alle prescrizioni rilasciate in sede di autorizzazione"; per un ulteriore 50% agli interventi di acquisto, costruzione, ristrutturazione, arredi e manutenzione con gestione innovativa, intesa come capacità di autofinanziarsi nel lungo periodo. Il riparto dei contributi tra i progetti ammessi al finanziamento del Fondo di Rotazione è avvenuto con DGR 2517/2011.

In conclusione la situazione attuale rappresenta che ad oggi presso le strutture per persone disabili e non autosufficienti sono numerosi gli interventi di adeguamento ancora in corso; gli esiti di questo sforzo, che saranno riscontrabili in tempi certi ma in alcuni casi non prossimi, costituiscono passaggi necessari che qualificheranno secondo gli

standard di qualità regionali la rete delle politiche socio-sanitarie, di inclusione e di attivazione degli attori istituzionali del territorio veneto.

6.3 Sistema informativo sociale e socio-sanitario

Il Sistema Informativo Sociale e Socio-Sanitario è caratterizzato da un insieme di strumenti finalizzati al monitoraggio dello sviluppo del sistema di offerta e dell'utenza dei servizi a supporto del processo di governance e di programmazione degli interventi a livello regionale e locale con particolare riferimento all'integrazione socio-sanitaria.

Attualmente le banche dati a supporto dell'attività della Direzione Servizi Sociali riguardano i seguenti ambiti di intervento:

- minori, giovani e famiglia
- persone dipendenti da sostanze d'abuso, alcool o altre dipendenze
- persone non autosufficienti, anziane e con disabilità.

Nell'ambito di intervento relativo a "minori, giovani e famiglia" vengono alimentate le seguenti rilevazioni:

- Servizi educativi (Servizi per la prima infanzia, Scuole materne non statali)
- Consultori Familiari (sia quelli pubblici gestiti dalle Aziende ULSS che quelli privati riconosciuti dalla Regione) ed Equipe Adozioni
- Servizi e le strutture per la tutela dei minori (Centri Affidi gestiti dai Comuni e Servizi Residenziali e Semiresidenziali autorizzati dalla Regione, Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie).

Queste rilevazioni rispondono a finalità amministrative legate all'erogazione di contributi regionali o alla verifica a "consuntivo" delle attività svolte nel corso dell'anno. Le informazioni raccolte costituiscono inoltre un patrimonio informativo significativo per la conoscenza del funzionamento e dell'attività dei servizi, delle caratteristiche e delle problematiche dell'utenza a cui si rivolgono.

Nell'ambito di intervento relativo alle "persone dipendenti da sostanze d'abuso, alcool o altre dipendenze" vengono raccolte numerose informazioni sugli utenti dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) e delle Comunità Terapeutiche (C.T.), in risposta al debito informativo verso il Ministero della Salute. In particolare dal 1 gennaio 2012 è entrato a regime il nuovo Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (S.I.N.D.) previsto dal Decreto Ministeriale del 11 giugno 2010, che costituisce anche per le Regioni una risorsa fondamentale di conoscenza e approfondimento del fenomeno delle dipendenze e della capacità dei servizi di rispondere alle problematiche connesse.

Nell'ambito di intervento relativo a "persone non autosufficienti, anziane e con disabilità" sono in corso profonde trasformazioni dei contenuti informativi da rilevare per rispondere efficacemente sia ai debiti informativi ministeriali sia al fabbisogno informativo regionale legato alla programmazione degli interventi e alla definizione del riparto per la non autosufficienza che garantisce la distribuzione delle risorse necessarie per garantire l'assistenza ai bisogni di salute dei cittadini. I cardini di questa trasformazione sono costituiti dai seguenti strumenti informativi:

- Flusso Informativo Assistenza e Cure Domiciliari, approvato con DGR 29/12/2011, n.2372 in recepimento del Decreto Ministeriale del 17/12/2008 su "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"
- Flusso Informativo della residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità, approvato con DGR 28/12/2012, n.2961 in recepimento del Decreto Ministeriale del 17/12/2008 su "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali"
- Applicativo per l'elaborazione delle classi di assegnazione dei profili di gravità e di funzionamento previste dalla nuova scheda S.VA.M.DI., definita con DGR 28/12/2012, n.2960.

Durante la fase di avvio dei nuovi flussi informativi viene data continuità alle rilevazioni annuali sui servizi residenziali e semiresidenziali per anziani e per persone con disabilità

che rispondono a finalità amministrative di rendicontazione e verifica a "consuntivo" delle attività svolte dal servizio nel corso dell'anno sulla base dei finanziamenti regionali ricevuti.

Nell'ambito degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti, la Direzione Servizi Sociali utilizza inoltre alcune procedure informatiche relative agli interventi domiciliari rivolti agli anziani e ai disabili.

Oltre alle rilevazioni relative agli specifici ambiti di intervento, la Direzione dei Servizi Sociali ha promosso dal 2006 un progetto a supporto della programmazione locale e regionale per il monitoraggio dei Piani di Zona, che prevede la mappatura annuale dello sviluppo del sistema complessivo dei servizi sociali locali secondo le linee programmatiche concordate tra i diversi Enti Gestori (Comuni, Unioni di Comuni, ...) attinenti al territorio di ciascuna Azienda ULSS. Tale monitoraggio prevede la raccolta di informazioni sull'organizzazione e la tipologia di servizi, sull'utenza accolta e sui relativi finanziamenti e spesa in ciascun ambito territoriale aziendale, e individua come attore principale l'Ufficio di Piano interno a ciascuna Azienda ULSS, che svolge il ruolo di referente per il monitoraggio e di coordinatore della rilevazione verso gli enti gestori e i servizi afferenti al territorio della Azienda ULSS. Dal 2008 i dati vengono inseriti direttamente dagli Ufficio di Piano in un'applicazione web regionale.

Ulteriore impulso allo sviluppo del sistema informativo sociale regionale proviene da alcune progettualità promosse del Ministero del Welfare che rafforzano l'obiettivo regionale di costruire con i servizi del territorio una rete di condivisione e scambio informativo (DGR 359/2010) da integrare con il sistema informativo sanitario:

- Progetto S.I.N.A., Sistema Informativo sui Servizi Sociali per le non autosufficienze (DGR 3250/2009, DGR 373/2012)
- Progetto S.IN.BA., Sistema Informativo sulla cura e la protezione dei bambini e della loro famiglia (DGR 1672/2010).

Nella gestione ed elaborazione dei dati raccolti la Direzione Servizi Sociali è supportata dall'Osservatorio Regionale Politiche Sociali, istituito con DGR 2077/2010, che riunifica le competenze e le attività dei precedenti 3 Osservatori Sociali Regionali. Nel nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale (Allegato A, LR 23/2012) viene infatti individuato l'Osservatorio Regionale Politiche Sociale tra gli strumenti a supporto della programmazione regionale: organismo che svolge attività di studio, ricerca, documentazione e consulenza sulle problematiche sociali e socio-sanitarie, nonché di gestione ed elaborazione di banche dati tematiche, nell'ottica di ottimizzare il sistema di conoscenze, di monitoraggio e di valutazione degli interventi e delle azioni regionali, anche attraverso lo sviluppo del sistema informativo sociale regionale.

7. Il sistema dei finanziamenti

7.1 Il fondo per le politiche sociali

Il Fondo per le politiche sociali, introdotto dalla legge n. 449/1999, ha rappresentato un primo ed importante passo per una prima razionalizzazione del sistema di finanziamento delle politiche sociali, in quanto ha unificato una serie di interventi che fino allora erano disciplinati in modo settoriale e parcellizzato, realizzando un sistema unitario di programmazione.

Il comma 45 dell'art. 49 della legge 449/1997 ha individuato, nello specifico, ambiti e finalità del Fondo, indicando i settori di intervento locale, quali:

- la promozione di interventi per la realizzazione di standard essenziali e uniformi di prestazioni sociali su tutto il territorio dello Stato concernenti i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, la condizione degli anziani, l'integrazione e l'autonomia dei portatori di handicap, il sostegno delle famiglie, la prevenzione e il trattamento delle tossicodipendenze, l'inserimento e l'integrazione dei cittadini stranieri;
- il sostegno a progetti sperimentali attivati dalle Regioni e dagli Enti locali;
- la promozione di azioni concertate a livelli nazionale, regionale e locale per la realizzazione di interventi finanziati dal Fondo sociale europeo;
- la sperimentazione di misure di contrasto alla povertà;
- la promozione di azioni per lo sviluppo delle politiche sociali da parte di enti, associazioni e organismi operanti nell'ambito del volontariato e del terzo settore.

La legge 8 novembre 2000, n. 328, recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", e la legge 23 dicembre 2000, n. 388, art. 80, comma 17, hanno riordinato l'assetto normativo, ridefinendo l'insieme delle leggi i cui stanziamenti confluiscono nel Fondo Nazionale per le politiche sociali. In tale modo il Fondo viene definito come lo strumento mediante il quale lo Stato concorre al finanziamento della spesa sociale, affluendo, nello stesso, tutti i finanziamenti relativi alle leggi nazionali di settore, oltre alle risorse aggiuntive previste dalle legge n. 328/2000.

Il finanziamento delle politiche sociali, stante quanto precisato nell'art. 4 comma 1, della legge 328/2000 è plurimo e ad esso concorrono diversi livelli di governo (Stato, Regioni ed Enti Locali).

La maggior parte delle Regioni italiane, inclusa la Regione del Veneto, gestiscono le risorse sociali attraverso un fondo sociale regionale, al quale affluisce il FNPS, e ulteriori risorse aggiuntive stabilite da ogni singola Regione.

Nella situazione veneta l'istituzione del Fondo nazionale per le politiche sociali nel periodo 2000-2001 si è inserita in una realtà caratterizzata da un'impostazione finanziaria delle risorse destinate ai servizi sociali già da tempo orientata ad un sistema aggregato sotto l'aspetto contabile e coordinato sotto quello gestionale, fondato su complesso di risorse di ragguardevole entità. Proprio in quegli anni si era andato, peraltro, evolvendosi un quadro normativo di settore particolarmente originale in quanto collegato organicamente alla riforma delle autonomie locali che allora si stava attuando a livello regionale.

In particolare, il fondo regionale per i servizi sociali, già istituito con l'art. 15 della LR 15 dicembre 1982 n. 55 "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale", veniva profondamente rivisto nell'ambito della LR 13 aprile 2001, n.11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112".

Con l'art. 133 di questa legge il fondo regionale suddetto assume la nuova denominazione di *Fondo regionale per le politiche sociali* e diventa uno strumento più adeguato, sia al sistema articolato dei flussi di risorse finanziarie indirizzati al "sociale", di provenienza statale come di origine regionale, sia alla complessità della struttura dell'offerta di servizi sociali sul territorio e non; aspetti questi che si presentano nel Veneto in forte evoluzione.

Seppur divenuti operativi a seguito di processi storici diversi e di percorsi temporali assai differenti, il Fondo nazionale ed il Fondo regionale hanno risposto a logiche analoghe ed in primo luogo all'esigenza di unificazione dei flussi finanziari già destinati ad obiettivi distinti nel campo sociale da coniugare con il riordino della normativa di settore.

Nella Regione del Veneto l'esistenza dei due flussi finanziari di diversa provenienza ha consentito quella ridefinizione della spesa sociale, prevista dalla nuova disciplina regionale e soprattutto dalla Legge quadro dei servizi sociali (la 328), che, grazie anche alle implementazioni di risorse destinate precipuamente ad interventi sociali, già a partire dal 2001 si è configurata come potente effetto propulsivo dei servizi sul territorio.

La struttura delle risorse finanziarie per il sociale pur essendo basata in maniera rilevante su quelle di provenienza sanitaria regionale, che alimentano l'articolata e vasta offerta di prestazioni (residenziali e non) erogate nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria, vede, pertanto, anche il peso assunto dal Fondo regionale suddetto, che, fino al 2010, ha rappresentato una quota del 70% delle risorse non sanitarie del bilancio dedicate al sociale.

Va precisato, infatti, che il fondo regionale succitato non esaurisce tutti gli stanziamenti destinati alle varie categorie di servizi sociali previste dalla normativa regionale anche se il sistema articolato delle risorse finanziaria e la gestione unitaria, ad eccezione di quelle destinate alle politiche per i flussi migratori, da parte di un'unica struttura amministrativa regionale, ha reso maggiormente flessibile l'utilizzo degli stanziamenti relativi.

Tale fondo è orientato in prevalenza al finanziamento di attività istituzionali, gestite ed erogate a livello centrale, e di servizi erogati a livello locale dai Comuni e dalle Aziende socio-sanitarie sulla base delle competenze previste dalla prima legge regionale che disciplina i servizi sociali (la citata LR n. 55/82); questa disciplina ha attribuito, infatti, competenze obbligatorie alle Aziende ULSS (in materia soprattutto di disabilità e di consultori familiari) e competenze facoltative qualora delegate dagli enti locali.

Nel Fondo regionale per le politiche sociali, istituito con l'art. 133 della LR n. 11/2001 per il conseguimento degli obiettivi di programmazione regionale in materia di servizi sociali, confluiscono e si compenetrano le risorse destinate dallo Stato alla Regione con il Fondo nazionale suddetto e le risorse regionali fino ad allora stanziare in bilancio.

Con riguardo all'aspetto della gestione contabile e finanziaria l'articolazione che risulta con il riparto del Fondo nazionale si traduce, a livello regionale Veneto, in una suddivisione delle risorse trasferite fra 11 capitoli di spesa: ai capitoli dove trovavano collocazione trasferimenti già esistenti si sono aggiunti nuovi capitoli per assicurare la finalizzazione prevista dal riparto nazionale ed un capitolo specifico per lo stanziamento delle risorse indistinte.

In particolare, a partire dal 2001, la Giunta regionale del Veneto procede, in attuazione dell'art. 133 della LR 11 del 13 aprile, alla ripartizione del Fondo regionale per i servizi sociali fra i vari interventi e secondo i diversi criteri previsti dalla medesima legge regionale, senza operare distinzioni - a livello di categoria di intervento - tra fondi propri regionali e fondi indistinti di provenienza statale.

Nel settore delle attività progettuali (lett. a) si è realizzata una forte spinta all'avvio di piani ed iniziative di carattere sperimentale in materia di interventi rivolti all'immigrazione, agli ex detenuti, ai tossicodipendenti, ai senza casa; con gli interventi di cui alla lett. b) si sono sostenute le attività svolte in forma associata dai Comuni, con il potenziamento, ad esempio, dei servizi di assistenza domiciliare e di integrazione sociale dei disabili, prevedendo anche interventi di incentivazione economica a favore di quelle amministrazioni locali che avessero deliberato forme di esercizio associato o di delega delle funzioni sociali.

Con la messa in regime di questo sistema, nel 2003 il quadro che scaturisce appare quello rappresentato nello schema di cui alla Tabella 1, che, al di là delle singole quantificazioni, rimane sostanzialmente immutato fino ad oggi.

Tab. 7.1.1 - Bilancio assestato a seguito del riparto del Fondo Nazionale Politiche Sociali, Regione Veneto - anno 2003 (valori in €)

Destinazione		Fondo Regionale Politiche Sociali	Altre spese sociali	Totale fondi sociali	Quote fondo sanitario (3)	TOTALE
Provenienza						
Stato	FNPS - Risorse indistinte (1)	<i>Non definito</i>		50.386.989,00		50.386.989,00
	FNPS - Risorse finalizzate (2)		12.279.443,00	12.279.443,00		12.279.443,00
	TOTALE FNPS		12.279.443,00	62.666.432,00		62.666.432,00
	Altri fondi statali		6.670.663,00	6.670.663,00		6.670.663,00
	TOTALE Stato		18.950.106,00	69.337.095,00		69.337.095,00
Regione		53.731.071,30	67.114.844,30	120.845.915,60	414.876.343,00	535.722.258,60
TOTALE Risorse				190.183.010,60	414.876.343,00	605.059.353,60

Fonte: Direzione Regionale Servizi Sociali - P.O. Analisi di bilancio, contabilità e liquidazione

In riferimento alla Tabella:

- (1) lo stanziamento delle risorse indistinte trasferite dallo Stato è destinato a finanziare sia gli interventi specifici alimentati fino al 2002 dalle risorse finalizzate del FNPS sia la quota parte del Fondo regionale per le politiche sociali non coperte dalle risorse proprie regionali;
- (2) le risorse finalizzate del FNPS per l'anno 2003 si riferiscono a due nuovi interventi (acquisto della prima casa di abitazione e sostegno della natalità nonché Fondo per l'armonizzazione), che si aggiungono agli altri già attivati negli anni precedenti; questi ultimi devono trovare copertura dal 2003 nelle risorse indistinte trasferite del FNPS;
- (3) si riferiscono agli stanziamenti destinati all'inserimento dei tossicodipendenti, al servizio di assistenza domiciliare ADI, alle provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio incluse quelle affette dal morbo di Alzheimer, al servizio di telesoccorso nonché alle quote di ospitalità degli anziani non autosufficienti e disabili gravi in strutture residenziali.

L'impegno finanziario della Regione del Veneto dei servizi sociali, nonostante l'incertezza dei trasferimenti statali, si è concretizzato sempre di più con il ricorso a fondi propri, pur dovendo fare i conti con le rigide regole del "patto di stabilità", che faticano a coniugarsi con l'esigenza di mantenere elevati standard qualitativi e quantitativi conseguiti, soprattutto, nel settore dei servizi per l'infanzia. Si è lavorato sempre più per individuare nuovi strumenti e modi che affrontino la questione crescente della non autosufficienza e per dare risposte alle persone con disabilità soprattutto nell'aiuto alle famiglie nella cura a domicilio dei propri cari.

Contemporaneamente è però aumentata la quota utilizzata per gli investimenti in conto capitale, soprattutto rivolti alla creazione di nuovi servizi per la prima infanzia e all'adeguamento e/o realizzazione di strutture socio sanitarie per le persone disabili ed anziane.

Parallelamente la Regione del Veneto, per far fronte alle esigenze ed obiettivi di programmazione nel sistema di welfare regionale, ha nel corso degli anni destinato crescenti risorse del Fondo sanitario regionale a favore dei servizi ad integrazione socio sanitaria a sostegno delle persone anziane e disabili.

Nel biennio 2011-2012, a fronte di politiche di forte contenimento della spesa, si è cercato di salvaguardare con le minori risorse finanziarie regionali disponibili, alcuni livelli di servizi ritenuti prioritari, mentre si sono mantenute ed adeguate le risorse destinate all'integrazione socio sanitaria.

Gli interventi che la Regione del Veneto ha finanziato possono essere rappresentati raggruppando le spese nelle seguenti macroaree: Anziani, Disabilità, Dipendenze, Famiglia e minori, Giovani, Immigrazione, Piani di Zona, Povertà e rischio sociale ed un'area denominata "Altro" per gli interventi a favore del terzo settore ed iniziative trasversali ed evidenziando per ciascuna di esse la fonte di finanziamento. Tale quadro è illustrato nelle tabelle 2 e 3 seguenti con riguardo alla spesa sostenuta dalla Regione in materia sociale nel 2011 e 2012 in relazione alla natura delle fonti di finanziamento.

L'area caratterizzata dalla maggior quota di finanziamenti sociali è stata quella relativa alla famiglia e ai minori, in costante progresso, con una media variabile dal 50% al 60% delle risorse regionali e statali indistinte nel biennio 2011-2012; le risorse del Fondo sanitario regionale sono andate a sostenere gli oneri della residenzialità anziani e dei servizi integrati nell'ambito della disabilità e della non autosufficienza.

Ed è infatti l'entità dei fondi sanitari messi a disposizione dalla Regione del Veneto per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza ed i livelli aggiuntivi in materia socio sanitaria che è il tratto connotativo rispetto al panorama italiano.

Tab. 7.1.2 - Spese socio assistenziali e socio sanitarie suddivise per area, Regione Veneto - anno 2011 (valori in €)

Oggetto	Fondi Sociali (Regionali e Statali indistinti)	Fondi Sanitari	Fondi Statali e Comunitari finalizzati	TOTALE SPESA
SPESE SOCIOASSISTENZIALI E SOCIOSANITARIE (CORRENTI)				
Area Anziani	2.504.810,00	574.809.380,00	0,00	577.314.190,00
Area Dipendenze	887.000,00	25.000.000,00	737.350,00	26.624.350,00
Area Disabilità	5.750.000,00	146.640.620,00	0,00	152.390.620,00
Area Famiglia e Minori	37.008.634,00	800.000,00	5.728.750,00	43.537.384,00
Area Immigrazione	1.965.000,00	0,00	635.413,00	2.600.413,00
Area Giovani	0,00	0,00	4.404.490,00	4.404.490,00
Area Piani di Zona	19.000.000,00	0,00	0,00	19.000.000,00
Area Povertà e Rischio Sociale	1.506.992,00	0,00	0,00	1.506.992,00
Altri interventi (Terzo settore, iniziative progettuali trasversali, ecc.)	4.576.619,00	0,00	345.487,00	4.922.106,00
TOTALE SPESE CORRENTI	73.199.055,00	747.250.000,00	11.851.490,00	832.300.545,00
SPESE IN C/CAPITALE				
Area Anziani	25.950.000,00	0,00	0,00	25.950.000,00
Area Dipendenze	0,00	0,00	0,00	0,00
Area Disabilità	24.800.000,00	0,00	0,00	24.800.000,00
Area Famiglia e Minori	2.000.000,00	0,00	0,00	2.000.000,00
Area Immigrazione	0,00	0,00	60.199,00	60.199,00
Area Giovani	0,00	0,00	0,00	0,00
Area Piani di Zona	0,00	0,00	0,00	0,00
Area Povertà e Rischio Sociale	0,00	0,00	0,00	0,00
Altri interventi (Terzo settore, iniziative progettuali trasversali, ecc.)	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTALE SPESE C/CAPITALE	52.750.000,00	0,00	60.199,00	52.810.199,00
TOTALE COMPLESSIVO	125.949.055,00	747.250.000,00	11.911.689,00	885.110.744,00

Fonte: Direzione Regionale Servizi Sociali - PO Analisi di bilancio, contabilità e liquidazione

Tab.7.1.3 - Spese socio assistenziali e socio sanitarie suddivise per area, Regione Veneto - anno 2012 (valori in €)

Oggetto	Fondi Sociali (Regionali e Statali indistinti)	Fondi Sanitari	Fondi Statali e Comunitari finalizzati	TOTALE SPESA
SPESE CORRENTI				
Area Anziani	1.250.000,00	591.077.690,00	0,00	592.327.690,00
Area Dipendenze	50.000,00	25.000.000,00	53.560,00	25.103.560,00
Area Disabilità	2.800.000,00	130.372.310,00	2.015.877,00	135.188.187,00
Area Famiglia e Minori	42.325.000,00	800.000,00	10.772.687,00	53.897.687,00
Area Immigrazione	750.000,00	0,00	265.820,00	1.015.820,00
Area Giovani	0,00	0,00	4.368.000,00	4.368.000,00
Area Piani di Zona	18.000.000,00	0,00	0,00	18.000.000,00
Area Povertà e Rischio Sociale	382.500,00	0,00	135.624,00	518.124,00
Altri interventi (Terzo settore, iniziative progettuali trasversali, ecc.)	6.310.710,00	0,00	17.264,00	6.327.974,00
TOTALE SPESE CORRENTI	71.868.210,00	747.250.000,00	17.628.832,00	836.747.042,00
SPESE IN C/CAPITALE				
Area Anziani	0,00	0,00	0,00	0,00
Area Dipendenze	0,00	0,00	0,00	0,00
Area Disabilità	163.718,00	0,00	91.170,00	254.888,00
Area Famiglia e Minori	0,00	0,00	2.000.000,00	2.000.000,00
Area Immigrazione	0,00	0,00	0,00	0,00
Area Giovani	0,00	0,00	0,00	0,00
Area Piani di Zona	0,00	0,00	0,00	0,00
Area Povertà e Rischio Sociale	0,00	0,00	0,00	0,00
Altri interventi (Terzo settore, iniziative progettuali trasversali, ecc.)	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTALE SPESE C/CAPITALE	163.718,00	0,00	2.091.170,00	2.254.888,00
TOTALE COMPLESSIVO	72.031.928,00	747.250.000,00	19.720.002,00	839.001.930,00

Fonte: Direzione Regionale Servizi Sociali - PO Analisi di bilancio, contabilità e liquidazione

Con riguardo alle singole aree:

Area Anziani: in questa area sono comprese solamente le politiche di promozione della domiciliarità realizzate sia attraverso interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia, sia tramite interventi di sostegno economico e di sollievo alla famiglia.

- Interventi a favore delle famiglie che assistono persone non autosufficienti con l'aiuto di assistenti familiari
- Interventi di sostegno alle famiglie per l'accoglienza e la cura alle persone anziane non autosufficienti - interventi di sollievo
- Interventi di promozione della qualità della vita delle persone anziane
- Sostegno ai servizi di telefonia rivolti alle persone anziane (Art. 80, comma 14, Legge n. 388/2000)
- Sostegno attività degli enti locali di promozione culturale, sociale e del tempo libero a favore delle persone adulte ed anziane

Le finalità di questi interventi sono state quelle di creare le condizioni per favorire la vita in famiglia e nel proprio domicilio della persona anziana non autosufficiente, dando sostegno alla famiglia, creando una rete di aiuti e solidarietà sociali.

Negli anni successivi l'entità dei finanziamenti sociali per l'area anziani si riduce notevolmente in quanto la maggior parte degli interventi vengono garantiti ed erogati con risorse del fondo sanitario, con l'obiettivo di perseguire l'integrazione socio sanitaria del sistema regionale.

Area Disabilità: gli interventi realizzati hanno avuto l'obiettivo primario di promuovere la

salvaguardia dei diritti e le pari opportunità attraverso interventi di sistema volti a fare sì che nessuno si senta disabile e interventi socio sanitari diretti a informare, diagnosticare precocemente, consigliare e farsi carico in modo coordinato e integrato, in ordine alle soluzioni scelte delle persone con disabilità e delle loro famiglie. Sono inclusi perciò in quest'area:

- Interventi finanziari a favore degli utenti Centri Diurni per persone con Disabilità
- Contributi per modifica strumenti di guida
- Contributi per progetti finalizzati alla risoluzione dei problemi di trasporto e accessibilità alla città di Venezia da parte di soggetti diversamente abili
- Finanziamento di funzioni amministrative di interesse regionale conferite dalla Regione agli enti locali ed alle ULSS in materia di invalidi civili e grandi invalidi del lavoro
- Interventi a favore dei soggetti con handicap grave privi dell'assistenza dei familiari (Art. 81, Legge n. 388/2000)
- Interventi di sostegno a favore di persone con handicap grave (Legge n. 162/98)
- Interventi finanziari nel settore della disabilità
- Interventi per la prevenzione della cecità
- Spese per la realizzazione del progetto "Vita indipendente"
- Per alcuni di questi interventi si possono estendere le considerazioni sopra espresse relativamente all'area anziani, ossia il passaggio parziale da un finanziamento con risorse sociali ad un finanziamento con prevalenza di risorse sanitarie.
- Rientrano in tali casistiche, per esempio, il progetto di vita indipendente, e gli interventi a favore delle persone con disabilità grave di cui alla legge 162/98, sorti come interventi prettamente sociali e divenuti, poi, interventi a rilevanza socio-sanitaria (DGR 759/2005).

80

Area Dipendenze: vengono inclusi tutti i progetti e gli interventi di prevenzione all'utilizzo di sostanze finanziati con fondi non sanitari:

- Contributi per progetti di assistenza residenziale e semiresidenziale per tossicodipendenti e alcooldipendenti
- Contributi per realizzazione progettualità socio-sanitarie in materia di dipendenza da sostanze d'abuso
- Interventi di contrasto alla dipendenza
- Spese per il finanziamento dei progetti in materia di lotta alla droga - Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (Art. 127, D.P.R. n. 309/90).

Le risorse destinate a tali interventi presentano una linea costante con un aumento considerevole nel 2006, dove si è inteso rifinanziare i piani di intervento per la lotta alla droga (DGR N. 456/2006).

Area Famiglia e minori: un insieme articolato di interventi in questi anni ha caratterizzato l'impegno della Regione del Veneto per attuare il processo di rivalutazione ed attualizzazione del ruolo della famiglia che si è espresso attraverso politiche di promozione della cultura della famiglia, il sostegno alla genitorialità, la promozione della genitorialità adottiva, lo sviluppo e il sostegno dei servizi per la prima infanzia e delle scuole d'infanzia non statali, nonché una serie di interventi di cura e protezione del minore (affido, comunità, contrasto all'abuso e al maltrattamento).

Il potenziamento dell'offerta dei servizi a favore della prima infanzia (asili nido, micro nidi, centri famiglia, nidi aziendali) e altri servizi innovativi, ha rappresentato una delle strategie attuate dalla Regione per offrire alla famiglia maggiori possibilità di conciliazione tra il tempo familiare e il tempo per il lavoro, con la finalità di raggiungere entro il 2010 la copertura del 33% dei posti attivati rispetto alla popolazione dai 0-3 anni, in linea con l'obiettivo fissato dalla Convenzione di Lisbona.

- Fondo regionale di intervento per l'infanzia e l'adolescenza
- Interventi a favore dei minori in situazione di disagio ed inserimento presso famiglie e strutture tutelari

- Piani territoriali degli orari per il coordinamento dei tempi di funzionamento delle città
- Azioni regionali a favore delle progettualità a carattere formativo ed educativo sulla sessualità
- Contributi a favore dei Consulenti familiari privati riconosciuti non convenzionati - LR 28/77
- Fondo per le politiche in favore delle famiglie per l'acquisto della prima casa di abitazione e per il sostegno alla natalità (art. 46, comma 2, legge n. 289/02)
- Gestione servizi a favore della prima infanzia
- Servizi specifici di informazione sulle attività e sulla rete dei servizi in favore delle famiglie (art. 80, comma 14, Legge n. 388/2000)
- Sostegno di iniziative a tutela dei minori: contributi a Comuni ed ULSS per interventi tutela minori in situazioni di disagio ed inserimento minori in strutture tutelari

Riguardo a tale area si evidenzia un notevole e consistente aumento di risorse che ha consentito uno sviluppo dei servizi destinati al sostegno della genitorialità e tutela dei minori.

Area Giovani: la Regione Veneto è sempre stata all'avanguardia in questo settore, in un momento in cui bisogna considerare i giovani non solo in occasione degli episodi di violenza e di disagio, ma per la grande capacità di protagonismo positivo ed educativo che essi possono mettere in campo.

Tale area registra un costante investimento con il finanziamento e la promozione diretta di progettualità specifiche.

Merita attenzione l'istituzione del servizio civile regionale con LR n. 18/2005, finanziato con specifiche risorse regionali.

Area Immigrazione: vengono inclusi gli interventi e le progettualità a favore dell'immigrazione e la quota del Fondo nazionale per le politiche migratorie

Area Piani di Zona: interventi per

- Sostegno e promozione dei servizi sociali gestiti dalle Aziende ULSS (esercizio associato) e dai Comuni
- Fondo integrativo a favore dei Comuni per situazioni straordinarie e di contenzioso amministrativo
- Attività progettuali e di informazione ed altre iniziative di interesse regionale nelle aree dei servizi sociali
- Sostegno ai servizi sociali dei Comuni per situazioni straordinarie

Area povertà e rischio sociale: in quest'area la Regione del Veneto ha elaborato linee di indirizzo che individuano tre aree specifiche di intervento: l'ambito relativo alle persone vittime di abuso e sfruttamento sessuale, l'ambito delle persone senza dimora e in povertà estrema e l'ambito degli interventi in area penitenziaria.

- Agevolazioni ed interventi socio assistenziali per favorire e facilitare il rientro dei veneti nel mondo
- Azioni regionali per il potenziamento dei servizi destinati alle persone che versano in situazioni di povertà estrema e senza fissa dimora
- Interventi a tutela e promozione della persona per contrastare l'abuso e lo sfruttamento sessuale
- Sostegno ed iniziative volte alla soluzione di situazioni di emergenza sociale

Il dato delle spese sociali in conto capitale finanziate con risorse regionali testimonia lo sforzo compiuto dalla Regione del Veneto nella realizzazione e nell'adeguamento delle strutture socio sanitarie del territorio sia nell'area Famiglia e minori, dove vengono assicurati con continuità importanti finanziamenti per il potenziamento della dotazione di servizi a favore della prima infanzia, sia nell'area dei servizi residenziali e semiresidenziali

destinati alle persone anziane e disabili, dove si sta realizzando un piano di completo ammodernamento e di forte sviluppo del patrimonio dedicato a tali servizi.

7.2 Beneficiari, procedure e criteri di allocazione delle risorse del FNPS e di quelle regionali.

La spesa sociale regionale non sempre produce effetti diretti sull'utente o il beneficiario dell'intervento, ma nella maggior parte dei casi, soprattutto quando parliamo di interventi di tipo sociale, il risultato dell'attività della Regione è il trasferimento di risorse ad altri Enti, pubblici o privati, i quali svolgono le fasi successive del processo di distribuzione delle risorse.

Grazie a questi passaggi il beneficiario finale può usufruire dei benefici generati da tutti gli attori.

Per questi motivi possiamo suddividere i beneficiari dei finanziamenti regionali in queste categorie:

- Beneficiari finali: sono i soggetti a cui sono riferite le politiche regionali e sono identificabili attraverso la comprensione degli interventi realizzati con i contributi regionali. Nel nostro caso sono i singoli cittadini.
- Destinatari dei finanziamenti regionali: sono quei soggetti a cui sono destinati i trasferimenti finanziari provenienti dalla Regione e possono o meno coincidere con i beneficiari finali.
- Attori intermedi: sono quei soggetti che anziché utilizzare direttamente i fondi trasferiti dalla Regione li riutilizzano a favore di altri soggetti.

I criteri di allocazione delle risorse sono differenziati per ogni categoria di intervento.

Le quote più consistenti (trasferimenti alle Aziende socio-sanitarie per la gestione dei servizi sociali di cui alla lett. c), comma 3, dell'art. 133, LR 11/2011, e finanziamento alle amministrazioni comunali in c/gestione per i servizi a favore della prima infanzia – lett. i) dello stesso comma) sono state ripartite con riferimento ai seguenti criteri:

Fondo attività Aziende ULSS:

- Operatori equivalenti a carico del bilancio sociale;
- Popolazione residente;
- Popolazione fertile femminile
- Utenti dei servizi.

In particolare, fino al 2005 i criteri erano impostati sull'elaborazione di dati demografici e territoriali desumibili da statistiche annuali ISTAT e di dati di attività ricavabili da schede di rilevazione compilate dalla Aziende ULSS e verificate dagli uffici competenti della Direzione Servizi Sociali.

Criteri anni 2001-2005:

1. Direzione Servizi Sociali
 - 1.1. Operatori equivalenti a carico del bilancio sociale
 - 1.2. Popolazione residente
2. Servizi distrettuali e territoriali
 - 2.1. a Operatori equivalenti dipendenti a carico del bilancio sociale
 - 2.2. b Operatori equivalenti convenzionati a carico del bilancio sociale
 - 2.3. Popolazione residente
 - 2.4. Utenti dei servizi
3. Servizi consultoriali
 - 3.1. Equipages consultoriali
 - 3.2. Quota rapportata agli operatori equivalenti a carico del bilancio sociale
 - 3.3. Quota rapportata agli utenti dei servizi
 - 3.4. Quota rapportata alla popolazione femminile in età fertile
4. Correttivo zone disagiate (zone montane, Venezia-Centro storico e isole, comuni a bassa densità di popolazione).

Tab. 7.2.1- Esempio di riparto. Veneto - Anno 2004

Quote		Importo (€)	% su macroarea	% su Fondo globale
FONDO GLOBALE		20.658.500,00		100,00 %
1	Amministrazione centrale	6.300.842,50	100%	31%
di cui	1.1	Quota rapportata agli operatori equivalenti a carico del bilancio sociale	80%	
	1.2	Quota rapportata alla Popolazione residente	20%	
2	Servizi distrettuali e territoriali	11.155.590,00	100%	54%
di cui	2.1 a	Quota rapportata agli operatori equiv. dipendenti a carico del bilancio sociale	33%	
	2.1 b	Quota rapportata agli operatori equiv. convenzionati a carico del bilancio sociale	33%	
	2.2	Quota rapportata alla popolazione residente	15%	
	2.3	Quota rapportata agli utenti dei servizi	19%	
3	Servizi consultoriali	2.479.020,00	100%	12%
di cui	3.1	Quota rapportata alle équipes consultoriali	33%	
	3.2	Quota rapportata agli operatori equivalenti a carico del bilancio sociale	35%	
	3.3	Quota rapportata agli utenti dei servizi	21%	
	3.4	Quota rapportata alla popolazione fertile femminile	11%	
4	Quota correttivi zone montane e svantaggiate	723.047,50	100%	4%

Fonte: Direzione Regionale Servizi Sociali - PO Analisi di bilancio, contabilità e liquidazione

Tali criteri, che inizialmente erano volti alla costituzione ed al completamento delle dotazioni organiche dei servizi sociali delle ULSS, successivamente hanno sempre meno corrisposto alle nuove linee con cui si andava sviluppando l'offerta dei servizi sociali e sociosanitari.

Negli anni successivi si è ridotta pertanto l'incidenza del parametro "operatori equivalenti" sostituito dall'utilizzo della grandezza "assegnazione regionale storica", calcolata sulla media delle assegnazioni assicurate negli anni precedenti ed integrata dal parametro "popolazione residente" e da correttivi per le zone disagiate in relazione alla morfologia del territorio (zone montane, ambito lagunare ed isole).

Tab. 7.2.2 - Esempio di riparto. Veneto - Anno 2012

Parametro	Quota attribuita (€)
Quota rapportata all'assegnazione storica (sui valori medi del periodo 2006-2011)	15.600.000,00
Quota rapportata alla popolazione residente (al 31/12/2010)	2.180.000,00
Correttivi zone svantaggiate (zone montane e di ambito lagunare)	220.000,00
TOTALE COMPLESSIVO	18.000.000,00

Fonte: Direzione Regionale Servizi Sociali - P.O. Analisi di bilancio, contabilità e liquidazione

Fondo gestione servizi a favore della prima infanzia:

- Bambini frequentanti nel corso dell'anno considerato;
- Bambini iscritti nel corso dell'anno considerato (limitatamente ai servizi innovativi); si veda in particolare tabella 3 sottostante.

Tab.7.2.3 - Criteri di ripartizione del fondo contributi in c/gestione servizi prima infanzia. Veneto - Anno 2012

Criteri servizi a regime	Criteri servizi a part-time (< 5 ore)	Criteri servizi avviati da maggio 2011	Criteri servizi avviati da gennaio ad aprile 2012
0,50 in relazione ai bambini frequentanti nel corso dell'anno	Il conteggio dei bambini iscritti e frequentanti sotto le n. 5 ore giornaliere è pari al 70% di quello degli iscritti e frequentanti a tempo pieno.	Anno 2011: dalla data di riconoscimento in conto gestione da parte della Regione, € 103,29 mensili per ogni bambino iscritto per i mesi di effettiva apertura del servizio	€ 103,29 mensili per ogni bambino iscritto per i mesi riconosciuti
0,20 sulla base dei bambini iscritti nel corso dell'anno		Anno 2012: gli stessi criteri dei servizi a regime	
0,20 sulla base dei giorni di apertura del servizio nel corso dell'anno			
0,10 sulla base dei giorni di apertura del servizio nei mesi di luglio e agosto			

Fonte: Direzione Regionale Servizi Sociali - PO Analisi di bilancio, contabilità e liquidazione

84

Rispetto ai destinatari dei finanziamenti, la quota più consistente è assegnata agli enti pubblici e privati in qualità di gestori dei servizi sociali. La quota assegnata a questi enti è aumentata costantemente nel corso degli anni passando dal 41% del 2003 al 57% del 2012.

La restante quota è ripartita tra i Comuni singoli e/o Aziende Ulss nel caso in cui questi abbiano delegato le funzioni e le Aziende Ulss stesse. Anche in questo però, a parte la quota rivolta all'area del Piano di Zona, vengono finanziati interventi che hanno come beneficiario finale il cittadino e gli Enti locali diventando attori intermedi nella filiera di allocazione delle risorse.

Una piccola quota dei finanziamenti è gestita a livello centrale per strumenti di monitoraggio e attività di ricerca (es. per gli Osservatori regionali).

7.3 Quote del fondo sanitario di parte corrente.

Come accennato in precedenza, nel Veneto è risultata fonte essenziale del finanziamento del processo di integrazione socio sanitaria il Fondo Sanitario regionale, l'importanza del quale è data dall'entità delle quote del medesimo destinate alle varie aree e servizi.

Tale spesa si può articolare con riferimento alle aree di utenza impiegate per gli altri fondi regionali e statali indistinti, ma è maggiormente significativa la distinzione in base alla categoria dei servizi socio sanitari finanziati; il quadro è rappresentato dalla tabella 1 del paragrafo 7.4, dove il peso prevalente è sicuramente costituito dalla quota riservata ai servizi residenziali per anziani non autosufficienti e disabili.

Vengono rimborsati agli enti gestori delle strutture ad intensità sanitaria media e ridotta gli oneri sociosanitari di accoglienza delle persone anziane non autosufficienti e disabili gravi. Le risorse relative risultano nel periodo considerato sempre crescenti sia per tener conto degli incrementi nei costi registrati da tali servizi (oneri dei contratti di lavoro del personale sociosanitario ed aumento del costo della vita), sia per coprire finanziariamente i nuovi posti autorizzati dalla programmazione regionale.

Analogo, anche se naturalmente di entità inferiore, è l'andamento del finanziamento dei servizi di assistenza residenziale e semiresidenziale a favore dei soggetti dipendenti da sostanze.

A fianco delle risorse finanziarie destinate alla residenzialità assumono sempre maggior rilevanza negli anni quelle assicurate ai vari servizi afferenti la domiciliarità a favore delle persone anziane non autosufficienti e delle persone disabili, rilevanza – in termini relativi – crescente sia nei confronti delle risorse del Fondo sanitario dedicate all'integrazione socio sanitaria, sia, soprattutto, in rapporto alle risorse dei fondi sociali regionali che hanno trovato difficoltà ad adeguarsi.

Come appare dalle tabelle 2 e 3 del paragrafo 7.1 i finanziamenti costituiti dalle quote accentrate del Fondo sanitario regionale riguardano il servizio di telesoccorso-telecontrollo, i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI), gli interventi di "sollievo" e gli assegni di cura, tutti destinati a sostenere le famiglie che assistono a domicilio i propri cari non autosufficienti o disabili.

Nell'ambito dell'area della famiglia e minori vi è, infine, una quota del fondo sanitario destinata all'assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abuso sessuale che corrisponde ad un livello essenziale di assistenza e che presenta una sostanziale costanza nel tempo.

Con riferimento alla destinazione di tali fondi, poiché la Regione Veneto persegue da tempo un progetto di riforma che, muovendo da una visione integrata delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali a livello normativo istituzionale ed operativo, mira alla gestione unitaria ed uniforme a livello territoriale in capo ad un unico soggetto l'Azienda ULSS, è quest'ultima che è destinataria negli ultimi anni dei finanziamenti regionali e responsabile a livello locale della gestione delle risorse.

7.4 Fondi statali a vincolo di destinazione

I finanziamenti provenienti dallo Stato a vincolo di destinazione nell'ultimo periodo, che per entità nel 2011 e 2012 hanno raggiunto e sopravanzato quelli assegnati con il Fondo Nazionale per le Politiche, stanno svolgendo oramai un ruolo essenziale per lo sviluppo o la promozione di alcune categorie di intervento.

Nell'area degli interventi a favore delle persone non autosufficienti (anziane e disabili), per esempio, è operante il Fondo nazionale per le non autosufficienze che va ad integrare le risorse del fondo regionale e che consente, a partire dal 2012, il finanziamento degli interventi in tema di malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

Ma è nell'area della Famiglia e dei minori che il ruolo dei finanziamenti statali finalizzati riveste maggiore rilevanza, come risulta evidente dalla successiva tabella 1: le risorse del Fondo nazionale per le politiche in favore delle famiglie di cui all'art. 46 della legge 296 del 2006 (legge finanziaria) hanno concorso a promuovere un vasto ed articolato programma a sostegno della famiglia (famiglie numerose ed in difficoltà), di consolidamento del sistema integrato dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, di sollievo ai nuclei familiari con anziani affetti da Alzheimer o altre demenze, di sperimentazione e di avvio di servizi innovativi quali i nidi in famiglia, di attuazione di nuovi percorsi di assistenza domiciliare integrata con il supporto di equipe di lavoro messe a disposizione dalle strutture residenziali per anziani.

Tutti i flussi finanziari dello Stato e della Comunità europea sono caratterizzati da un andamento molto discontinuo e variabile nel tempo in quanto collegati a finanziamenti di progetti o piani pluriennali che sussistono per un biennio od un triennio. Tale carattere è evidente nelle tabelle 2 e 3. del paragrafo 7.1.

Un altro aspetto rilevante dei finanziamenti statali vincolati è la circostanza della loro attivazione in concomitanza con l'approvazione di specifiche norme contenute, in genere, in leggi finanziarie che periodicamente intervengono nella materia.

E' il caso della Legge n. 289 del 2002 che promuove un'importante linea di finanziamento per il sostegno delle famiglie e della Legge n. 296 del 2006 che dispone il più vasto ed articolato programma di finanziamenti finalizzati in materia di servizi sociali

Tab. 7.4.1 - Quadro dei finanziamenti statali finalizzati. Veneto - Anni 2011 : 2012

Area	Nr. Prog.	FONDI STATALI A VINCOLO DI DESTINAZIONE	BILANCIO 2011	BILANCIO 2012
Famiglia e minori	1	Fondo nazionale per l'armonizzazione dei tempi delle città' (art. 28, l. 53/02)	1.700.000,00	1.640.741,00
	2	Fondo nazionale per le politiche in favore delle famiglie ' (art. 46, comma 2, l. 289/02)	4.028.750,00	8.433.121,00
	3	Misure per la prevenzione delle pratiche di mutilazione genitale femminile (l. n. 7/2006)	0,00	522.285,00
	4	Altri finanziamenti	0,00	772.687,00
	<i>Totale area famiglia e minori</i>			5.728.750,00
Anziani e Disabili	5	Fondo nazionale per le non autosufficienze (art. 1, comma 1264, l. 296/06)	0,00	2.015.877,00
Dipendenze	6	Progetti ministeriali e comunitari in materia di tossicodipendenze e di abuso di alcol	737.350,00	53.560,00
Giovani	7	Fondo nazionale per le politiche giovanili - Accordo di Programma Quadro in materia di politiche giovanili (art. 19, comma 2, d.lgs. n. 223/06)	4.404.490,00	4.368.000,00

Fonte: Direzione Regionale Servizi Sociali – PO Analisi di bilancio, contabilità e liquidazione

8. Tematica di approfondimento: Determinanti della salute-Progetto RETHI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità già nel 1948 definiva la salute come *"Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità"*.

La salute, quindi, intesa non solo come assenza di malattia ma come pieno benessere psicologico e sociale, si configura come la risultante di una complessa concatenazione causale che trova la sua origine nella struttura di base dei modelli sociali.

Da molti anni la letteratura scientifica invita a riflettere sull'incidenza dei molteplici fattori che influenzano, lungo tutto il corso della vita, la salute così definita. Nel 2008 la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'OMS ha invitato i Paesi membri a ridurre, nell'arco di una generazione (circa in 25 anni), il gradiente sociale della salute nelle popolazioni di riferimento. Se, infatti, le cure mediche possono prolungare la sopravvivenza e migliorare la prognosi di molte malattie, sono le condizioni sociali ed economiche ad essere più influenti, lungo tutta la vita, nel determinare buone condizioni di salute e benessere. L'OMS stima che i fattori socio-economici e gli stili di vita contribuiscano per il 40-50% sulla salute delle persone, l'eredità genetica per un ulteriore 20-30% e che solo per il 10-15% una buona salute dipenda esclusivamente dalle cure mediche.

Le differenze nello stato di salute sono largamente attribuibili a una differente distribuzione dei determinanti della salute tra i diversi gruppi di popolazione, dove per determinanti sociali della salute si intendono "le condizioni nelle quali le persone sono nate, crescono, vivono, lavorano e invecchiano incluso il sistema sanitario. Queste circostanze sono plasmate dalla distribuzione di denaro, potere e risorse a livello globale, nazionale e locale, le quali sono influenzate dalle scelte politiche" (OMS, 2009b).

Nell'intera popolazione, al diminuire della posizione sociale si osserva un decremento lineare e graduale della salute delle persone, tale decremento è detto gradiente socioeconomico in salute (Marmot 2004).

In qualunque modo si misuri la salute, tende a esserci un gradiente in cui i gruppi socialmente ed economicamente più avvantaggiati hanno una migliore salute e benessere, e una minore incidenza di malattia e di morte rispetto ai gruppi più svantaggiati.

Nelle società occidentali, la forma del gradiente tende a essere relativamente regolare, con una mortalità e morbilità in aumento, e una percezione di salute e benessere che diminuisce costantemente con l'aumentare dello svantaggio sociale. Nel corso del tempo, il gradiente nel suo complesso tende a spostarsi verso l'alto perché nel complesso la salute dei gruppi sta migliorando. Tuttavia, il grado e la velocità di miglioramento tende a essere maggiore nei gruppi sociali più avvantaggiati, il che significa che le differenze relative, e quindi il grado di ingiustizie e disuguaglianze, tendono ad aumentare (Marmot 2004).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità attribuisce alle disuguaglianze in salute una dimensione etica e morale e nei documenti "Health21" e "Health for All" riconosce l'uguaglianza in salute come un diritto umano essenziale. Nel 2006 il Consiglio dell'Unione Europea ha adottato la risoluzione "Health in All Policies conclusion" in cui sollecita le Istituzioni Europee e gli Stati membri a inserire la lotta alle disuguaglianze in salute all'interno dello sviluppo delle politiche regionali e locali.

Infine la risoluzione n. 2089 dell'08.03.2011 del Parlamento Europeo "Réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne" invita tutti gli Stati membri a mettere in atto politiche in grado di superare le disuguaglianze socio-economiche, con particolare riferimento ai gruppi più vulnerabili della popolazione.

In Italia già il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 identificava come obiettivo la riduzione delle disuguaglianze e in coerenza e continuità il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 raccomanda scelte regionali orientate a una cooperazione sinergica al fine di individuare strategie condivise volte al superamento delle disuguaglianze ancora presenti

in termini di risultati di salute, di accessibilità e di promozione di una sempre maggiore qualità dei servizi, nel rispetto delle autonomie regionali e delle diversità territoriali.

Nella Regione del Veneto, il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015 riprende la questione delle disuguaglianze e delle iniquità invitando, dove necessario, ad azioni correttive e migliorative al fine di contrastarne l'insorgenza.

A riguardo, con decisione del Parlamento europeo e del Consiglio europeo n. 1672/2006 EC del 24/10/2006, è stato approvato il Programma Progress 2007 – 2013, il quale si pone tra i vari obiettivi il miglioramento della conoscenza e comprensione delle politiche in materia di occupazione e solidarietà sociale. Nell'ambito di tale Programma è stato finanziato il progetto Europeo Regions Tackling Health Inequalities (Re-THI), cui la Regione del Veneto, con DGR n. 1732 del 19 giugno 2010, è stata autorizzata a partecipare in qualità di Leader.

L'azione progettuale, iniziata lo scorso novembre 2011, si è posta i seguenti obiettivi generali:

- diffondere la conoscenza delle disuguaglianze in salute, approfondendone la causa e valutandone l'incidenza;
- sviluppare e pianificare strategie condivise per ridurre le disuguaglianze in salute, attraverso il coinvolgimento delle parti interessate a livello locale ed europeo, monitorandone l'implementazione;
- valutare l'impatto e l'esito dei modelli costruiti.

Il progetto si è proposto di sensibilizzare l'attenzione di diversi settori istituzionali, a livello regionale e territoriale, e di attori del privato sociale, sui fattori determinanti socio – economici che incidono sul diffondersi di casi di disuguaglianza nella tutela socio – sanitaria. L'obiettivo finale del progetto è l'identificazione di strategie regionali e locali che, da un lato influenzino piani e programmi locali e regionali e dall'altro incidano sulle politiche europee in tema di lotta per la riduzione delle disuguaglianze nella tutela socio – sanitaria. Hanno partecipato al progetto i seguenti Partner:

- Region Vastra Gotaland (Svezia) – area migranti;
- Deutsches Institut fur Gesundheitsforschung DIG (Germania) – area anziani;
- National Children's Bureau (Regno Unito) – area minori in situazione di disagio;
- Regione Friuli Venezia Giulia (Italia) – area disabilità.

La Regione del Veneto si è occupata, in particolare, di monitorare le possibili disuguaglianze sanitarie dovute a situazioni di disagio e povertà, valutarne le cause, scambiare con la rete di Partners le buone prassi individuate al fine di ridurre queste disuguaglianze anche in relazione alle tematiche affrontate dagli altri partner quali: terza età, disabilità, migrazione, infanzia.

In una prima fase i Partner hanno svolto: attività di ricerca il cui scopo è stato quello di fornire una mappatura delle politiche europee regionali afferenti al tema delle disuguaglianze in salute per i cinque gruppi vulnerabili della popolazione identificati (terza età, disabilità, migrazione, infanzia e povertà). L'analisi ha tenuto conto di aspetti di natura trasversale quali: il genere, la qualità della vita, lo stile di vita, l'impiego, le condizioni di lavoro e i determinanti socio sanitari che incidono sulla salute. L'analisi si è svolta somministrando un questionario messo a punto dall'Istituto di Ricerca Deutsches Institut fur Gesundheitsforschung (DIG), che ha avuto il compito di elaborare lo strumento d'indagine.

Successivamente il partner tedesco ha rielaborato i risultati e ha formulato un documento che rappresenta lo stato dell'arte attuale delle politiche e legislazioni regionali, sul quale si è lavorato nel periodo di luglio – settembre 2012 per definire i componenti dei multistakeholders reference groups, gruppi di lavoro che sono stati convocati, secondo un calendario concordato, nel periodo da ottobre 2012 a gennaio 2013.

I partecipanti al gruppo di lavoro italiano sono stati le seguenti Direzioni regionali: Formazione, Prevenzione, Controlli e Governo SSR, Agroambiente, Lavoro, Urbanistica, due Comuni capoluogo (Rovigo e Venezia), due enti del no profit (Caritas regionale, coordinamento regionale della San Vincenzo), il Direttore Sociale dell'Azienda ULSS 10 di San Donà di Piave (VE).

L'obiettivo finale del gruppo di lavoro è stato quello di definire delle linee guida come strumento locale per affrontare la tematica delle disuguaglianze in salute all'interno dei Piani di Zona, strumento di programmazione per l'integrazione socio - sanitaria nei territori specifici e rispondente al principio di sussidiarietà verticale, come definito all'interno della L. 328/2000.

La DGR n. 2944 del 28 dicembre 2012, recante: "Approvazione linee di indirizzo relative alle disuguaglianze in salute ad integrazione del documento regionale di indirizzo (DGR 2082 del 3 agosto 2010) per la trasversalità tra le aree", rappresenta il provvedimento - esito dell'intero percorso - con il quale la Regione del Veneto modifica il documento di indirizzo per i Piani di Zona, integrando l'area trasversalità con la tematica delle disuguaglianze in salute, al fine di inserirla nella programmazione locale.

Il Piano di Zona rappresenta la cornice istituzionale che il gruppo di lavoro ha individuato come più idoneo in cui inserire all'interno dell'agenda politica la tematica delle disuguaglianze in salute, in quanto strumento privilegiato per la programmazione locale degli interventi socio - sanitari.

La "vision", su cui si è basato il documento è stata la seguente: *"...quanto più in un paese sono presenti disuguaglianze sociali tanto più vi è perdita di salute per la popolazione in generale. Risulta quindi opportuno evitare che le disuguaglianze sociali diventino disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni necessarie a mantenere lo stato di benessere della persona"*.

L'obiettivo prioritario che si pone il documento di indirizzo regionale è il seguente: promuovere l'accesso da parte di tutti i cittadini alle prestazioni dei servizi socio-assistenziali e sanitari affinché le disuguaglianze sociali non diventino disuguaglianze nell'accesso alle informazioni e ai servizi.

In attuazione della DGR 2944/2012 è stato approvato il Decreto Dirigenziale n. 131 del 3 aprile 2013 con cui è stato istituito uno specifico gruppo di lavoro, finalizzato alla declinazione delle linee di indirizzo relative alle disuguaglianze in salute. Tale gruppo, al fine del raggiungimento della propria finalità dovrà:

- definire gli ambiti di focalizzazione al fine della ricognizione delle buone pratiche in essere;
- effettuare una ricognizione delle buone pratiche esistenti e del target cui si rivolgono;
- effettuare un'analisi strutturata dei bisogni articolati per gruppi;
- elaborare un documento finale contenente i risultati del lavoro svolto nonché la declinazione delle linee di indirizzo relative alle disuguaglianze in salute, di cui al documento approvato con DGR 2944/2012.

Si intende, in questo modo, intraprendere un percorso che si pone in linea con il documento "Salute 2020" che pone forte enfasi sui determinanti della salute, sul rafforzamento dei sistemi socio-sanitari e dei programmi della salute e su una "governance" intersettoriale.

Sintesi critica: una società in trasformazione.

Dalla fine degli anni Settanta, alcune grandi trasformazioni sociali ed economiche hanno profondamente alterato la struttura di rischi e bisogni che aveva caratterizzato il secondo dopoguerra. Molti dei nuovi bisogni che caratterizzano l'attuale contesto socio-economico – come la difficoltà di conciliazione tra lavoro e funzioni di cura, la non-autosufficienza, l'insufficienza di reddito derivante da lavori a bassa qualifica e/o flessibili – possono infatti trovare risposta negli schemi di assistenza sociale, nella forma sia di trasferimenti monetari sia di servizi sociali.

Più nello specifico, sul lato della domanda, le dinamiche che hanno contribuito a rendere maggiormente salienti le misure socio-assistenziali hanno a che fare principalmente con trasformazioni socio demografiche e occupazionali, tra cui l'invecchiamento della popolazione, l'aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro e il passaggio a un'economia postindustriale. L'allungamento della speranza di vita e il più generale invecchiamento della popolazione hanno comportato, soprattutto con la crescita degli ultraottantenni e la diffusione della non-autosufficienza, un aumento della domanda non solo di prestazioni sociosanitarie ma anche di servizi sociali di nuova generazione, come i servizi domiciliari, i centri semiresidenziali e/o di sollievo. Parallelamente, la crescita della partecipazione femminile al mercato del lavoro ha influito sulla disponibilità di tempo delle famiglie da dedicare alle tradizionali attività di cura dei bambini, anziani e/o disabili, accrescendo di conseguenza l'esigenza di servizi sociali territoriali.

L'emergere di nuovi bisogni sociali è stato determinato anche dalla maggior fragilità delle unioni matrimoniali e dal declino delle dimensioni medie dei nuclei familiari, che hanno minato la possibilità di fare affidamento sulle reti parentali in caso di problemi economici o di cura. L'accresciuta instabilità di legami e la riduzione del numero dei componenti riduce infatti la capacità protettiva della famiglia e di conseguenza ha un forte impatto sulla sua adeguatezza ed efficacia nel ruolo di ammortizzatore sociale.

A fronte di questi cambiamenti, negli ultimi anni si è assistito a un aumento del rischio di esclusione sociale e a una sua trasformazione. La povertà economica ha cambiato fisionomia, configurandosi sempre più non tanto come uno stato proprio di alcune categorie ben delineabili (come i senza dimora o gli anziani soli), ma piuttosto come un episodio che può avere una durata variabile e interessare un'ampia e differenziata platea di individui. Il rischio di esclusione sociale tende così oggi ad associarsi non solo a caratteristiche quali la famiglia di provenienza o il genere, ma anche ad altri fattori come l'area di residenza e le diverse fasi del ciclo di vita da cui emergono bisogni differenti, come ad esempio la presenza di figli piccoli, lo stato di disoccupazione o la non-autosufficienza. Nel nuovo scenario di rischi e bisogni propri di un mercato del lavoro e di strutture sociali è indispensabile un **processo di ricalibratura** dei sistemi di welfare. I fronti più critici e delicati per affrontare questo cambiamento possono essere essenzialmente questi:

1. Il primo è la definizione dei LEP, identificando un corretto mix di diritti, tipologie di prestazioni, standard di qualità e livelli minimi di spesa. E' all'interno di questo mix che si dovrà trovare un'adeguata collocazione per garantire la soglia di sicurezza minima di reddito sotto la quale a nessuno è permesso di "scivolare";
2. Il secondo fronte riguarda maggiori risorse finanziarie. Si potrebbero trovare nel riequilibrio fra i grandi comparti di spesa (sanità e previdenza) e soprattutto un giusto mix tra finanziamento pubblico e compartecipazioni private tramite un più ampio e deciso utilizzo dell'ISE, le fasce di reddito più abbienti potrebbero essere chiamate a versare contributi più sostanziosi per i servizi che consumano, dando così concreta attuazione anche sul piano finanziario all'idea di "universalismo selettivo".
3. Il terzo fronte riguarda infine le capacità istituzionali. Le capacità istituzionali hanno a che fare con la programmazione, la decisione, il monitoraggio e la valutazione. Il rafforzamento di queste capacità è forse il prerequisito più importante per la modernizzazione del nostro sistema.

Sembra più che mai necessaria, a tal fine, una riforma dell'assistenza sociale che affronti e superi le criticità ancora presenti nel sistema. Argomento questo a lungo trascurato e che solo negli ultimi due anni ha acquisito salienza riuscendo ad imporsi all'attenzione dei policy maker regionale ed entrare nel vivo in molti temi.

Il Dirigente Regionale
Direzione Servizi Sociali
dott. Mario Modolo

Bibliografia e Normative

DGRV n. 2517 del 29 dicembre 2011 "Riparto del fondo regionale di rotazione di cui all'art. 8 lr n. 7/2011. Approvazione delle graduatorie, impegno di spesa e approvazione dello schema di convenzione. Dgr n. 1509/2011.

D.g.r. n. 1509 del 20 settembre 2011: "Fondo regionale di rotazione per la costruzione e ristrutturazione del patrimonio immobiliare destinato a servizi sociali e socio-sanitari. Criteri e modalità per l'accesso ai contributi - Anno 2011 (Art. 8, LR n. 7/2011, DGR/CR n. 65 del 5 luglio 2011)".

C.R. n. 65 del 5 luglio 2011: "Fondo regionale di rotazione per la costruzione e ristrutturazione del patrimonio immobiliare destinato ai Servizi Sociali e socio-sanitari. Criteri e modalità per l'accesso ai contributi. Anno 2011. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare art. 8, comma 4, L.R. 7/2001"

D.g.r. n. 615 del 10 maggio 2011: "Approvazione del protocollo di Collaborazione tra la Regione del Veneto e l'Azienda ULSS n. 7 di Pieve di Soligo (TV), e dell'allegato piano delle attività dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali (DGR n. 2077 del 3 agosto 2010).

D.g.r. n. 510 del 19 aprile 2011: "Approvazione del programma operativo delle attività della Direzione Servizi Sociali in ambito europeo - anno 2011".

L.R. n. 7 del 18 marzo 2011, art. 8: "Fondo regionale di rotazione per la costruzione e ristrutturazione del patrimonio immobiliare destinato a servizi sociali e socio-sanitari".

D.g.r. n. 2077 del 3 agosto 2010: "Osservatori Regionali dell'Area Sociale (deliberazioni di Giunta Regionale n. 4139 del 19 dicembre 2006, n. 3157 del 9 ottobre 2007, n. 1732 del 24 giugno 2008, n. 2993 del 14 ottobre 2008, n. 2249 del 21 luglio 2009): ulteriore riassetto degli Osservatori Regionali dell'Area Sociale".

D.g.r. n. 2082 del 3 agosto 2010: "Approvazione del Documento di indirizzo Regionale di cui alla DGR n. 157 del 26 gennaio 2010, allegato A, e del documento recante: "Indicazioni per la presentazione del documento: "Piano di Zona 2011/2015"

D.g.r. n. 359 del 16 febbraio 2010 "Approvazione del set di dati per la realizzazione del Sistema Informativo Sociale della Regione del Veneto"

D.g.r. n. 357 del 16 febbraio 2010 "I Servizi Sociali della Regione Veneto e l'Europa: programma operativo"

D.g.r. n. 157 del 26 gennaio 2010: "Approvazione delle Linee Guida Regionali sui Piani di Zona ((L. n. 328/2000, LL.RR. n. 56/1994, n. 5/1996, n. 11/2001, DGR n. 1764/2004, DGR n. 1560/2006, DGR n. 3702/2006, DGR 1809/2009)"

D.g.r. n. 4301 del 29 dicembre 2009 "Articolo 36 Legge Regionale n. 1/2004 s.m.i. Adeguamento e realizzazione di strutture, impianti e arredi nel settore socio sanitario. Analisi domande pervenute per triennio 2010-2012"

D.g.r. n. 2818 del 22 settembre 2009 "Articolo 36 Legge Regionale n. 1/2004 s.m.i. Adeguamento e realizzazione di strutture, impianti e arredi nel settore socio sanitario. Proposte per il triennio 2010-2012"

D.g.r. n. 1078 del 21 aprile 2009 "Articolo 36 Legge Regionale n. 1/2004 s.m.i. Adeguamento e realizzazione di strutture, impianti e arredi nel settore socio sanitario. Attuazione del programma di investimenti in conto capitale e fondo rotazione per l'esercizio 2009"

D.g.r. n. 4588 del 28 dicembre 2007 "Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (U.V.M.D.) di cui alla d.g.r. 3242/2001 – Approvazione linee di indirizzo alle A. ULSS"

D.g.r. n. 3828 del 13 dicembre 2005 "Strutture innovative per la disabilità. Criteri di applicazione (D.g.r. n. 119/c.r. del 22 novembre 2005) (l.r. 9/2005 art. 25)"

L.r. n. 6 del 25 febbraio 2005 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa collegate alla Legge Finanziaria 2004 in materia di personale, di Enti locali e di Enti strumentali"

D.g.r. n. 3741 del 26 novembre 2004 "Criteri di applicazione (l.r. 1/2004 art. 36). D.g.r. n. 81/c.r. del 18 giugno 2004"

D.g.r. n. 1764 del 18 giugno 2004 "Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona. L. n. 328/2000, ll.rr. n. 56/1994, n. 5/1996, n. 11/2001"

L.r. n. 11 del 13 aprile 2001 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112" sez. II "Servizi sociali e integrazione socio-sanitaria"

L. n. 328 dell'8 novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

L.r. n. 5 del 3 febbraio 1996 "Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 1996/98"

L.r. n. 56 del 14 settembre 1994 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"

Il sistema di autorizzazione al funzionamento e accreditamento dei servizi sociali e socio-sanitari

D.g.r. n. 1688 del 18 ottobre 2011: "Rettifica per errore materiale alla D.G.R. n. 1503 del 20 settembre 2011 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 84 del 16 gennaio 2007, Allegato A e B"

D.g.r. n. 1667 del 18 ottobre 2011 "L.R. 22/2002 Autorizzazione all'esercizio ed accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" – nuove modalità di rinnovo dei provvedimenti di autorizzazione all'esercizio.

D.g.r. n. 1503 del 20 settembre 2011: "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 84 del 16 gennaio 2007, Allegato A e B."

D.g.r. n. 2067 del 3 luglio 2007 "L.r. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" – Approvazione delle procedure per l'applicazione della d.g.r. n. 84 del 16 gennaio 2007"

D.g.r. n. 84 del 16 gennaio 2007 "L.r. 16.08.02, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" - approvazione di requisiti e standard, indicatori di attività e di risultato, oneri per l'accREDITamento e tempistica di applicazione"

L.r. n. 22 del 16 agosto 2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali"

Non Autosufficienza

D.g.r. n. 2508 del 29 dicembre 2011: "Fondo regionale per la Non Autosufficienza: indicazioni sull'utilizzo delle risorse per la domiciliarità anziani e disabili ed individuazione delle quote assegnate agli Enti Locali per l'Assistenza Domiciliare anno 2011".

D.g.r. n. 2496 del 29 dicembre 2011: "Riparto Fondo Regionale per la non autosufficienza, art. 5, L.R. n. 30 del 18.12.2009, per l'anno 2011, ai sensi della DGR/CR n. 28 del 12 aprile 2011".

CR n. 130 del 22 novembre 2011 "Riparto Fondo regionale per la Non Autosufficienza, art. 5 L.R. 30 del 18.12.2009, per l'anno 2011, ai sensi della DGR/CR n. 28 del 12 aprile 2011. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare a norma dell'art. 41 L.R. 5/2001 e dell'art. 5, comma 1, L.R. 30/2009".

D.g.r. n. 788 del 7 giugno 2011: "Fondo regionale per la non autosufficienza, provvedimenti sul riparto regionale e sull'utilizzo delle risorse per la domiciliarità per l'anno 2010. Precisazioni in merito alla DGR n. 3596/2010 e modifiche alla DGR n. 3562/2010".

D.g.r. n. 190 del 22 febbraio 2011: "DGR 394 del 20 febbraio 2007: "Indirizzi ed interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti". Approvazione del provvedimento n. 115/CR del 14 ottobre 2010".

C.R. n. 192 del 27 luglio 2010 "Legge regionale 18 dicembre 2009, n. 30 "Disposizioni per la istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza e per la sua disciplina" - Gruppo di lavoro tecnico-consultivo per la predisposizione dei provvedimenti di competenza della Giunta regionale. Art. 2 Legge Regionale 18 Dicembre 2009, n. 30. Approvazione del provvedimento n. 5/CR del 26 gennaio 2010"

C.R. n. 115 del 9 ottobre 2010 "DGR n. 394 del 20/02/07 "Indirizzi ed interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare. Art. 34 comma 1 L.R. 1 del 30/01/04 e art. 4 della L.R. 2/06".

C.R. n. 5 del 26 gennaio 2010 "L.R. 8/12/2009 n. 30 "Disposizioni per la situazione del fondo regionale per la non autosufficienza e per la sua disciplina" - Gruppo di lavoro tecnico-consultivo per la predisposizione di competenza della Giunta Regionale. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare. Art. 2 L.R. 18/12/09 n. 30"

Politiche sociali e socio-sanitarie per anziani

D.g.r. n. 216 del 3 febbraio 2010 "Residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti. Scheda di rilevazione e di rendicontazione e delle attività residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti e altri non autosufficienti (SVP e SAPA) relativa a ciascun ambito di attività".

L.R. n. 30 del 18 dicembre 2009 "Disposizione per la istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza e per la sua disciplina"

D.g.r. n. 471 del 24 febbraio 2009 "Autosufficienza: fabbisogno di residenzialità"

D.g.r. n. 216 del 3 febbraio 2009 "Non autosufficienti e disabili: quote di rilievo sociosanitario, anno 2009. Residenzialità extraospedaliera per anziani non autosufficienti e disabili accolti nei Centri di Servizio residenziali. Anno 2009"

D.g.r. n. 4253 del 30 dicembre 2008 "Riallocazione quote sociosanitarie per congregazioni religiose Integrazioni"

D.g.r. n. 3236 del 28 ottobre 2008 "Impegnative di residenzialità DGR 1322 del 8 maggio 2007 "LR 02/2007 'Legge finanziaria per l'esercizio 2007' art. 22". Adempimenti conseguenti"

D.g.r. n. 287 del 12 febbraio 2008 "Assegno di cura per persone non autosufficienti. Procedure dall'anno 2008"

DGR n. 4191 dell'8 dicembre 2007 "Accoglienza residenziale di persone anziane non autosufficienti. Provvedimento attuativo della DGR 394/2007 - Allegato A) punto 6.2 e DGR 464/2006 - Allegato A) punto G"

D.g.r. n. 457 del 28 febbraio 2007 "Disposizioni alle Aziende Ulss per l'assistenza di persone non autosufficienti nei centri di servizio residenziali e per la predisposizione del Piano locale della non autosufficienza. D.g.r. n. 464/2006 e d.g.r. n. 394 del 20.2.2007"

D.g.r. n. 456 del 28 febbraio 2007 "Criteri di accesso ai servizi residenziali per persone anziane non autosufficienti d.g.r. 394/2007. Integrazioni allo schema tipo di regolamento di cui alla d.g.r. n. 38/2006"

D.g.r. n. 394 del 20 febbraio 2007 "Indirizzi e interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti (lr n. 1/2004 art. 34, comma 1 - lr n. 2/2006 art. 4)"

D.g.r. n. 4135 del 19 dicembre 2006 "Assegno di cura per persone non autosufficienti. Procedure per l'anno 2007"

D.g.r. n. 39 del 17 gennaio 2006 "Il sistema della domiciliarità. Disposizioni applicative"

L.r. n. 26 del 4 giugno 1987 "Provvidenze straordinarie a favore delle persone anziane, art. 4 relativo al servizio di telesoccorso e telecontrollo"

Politiche sociali e socio-sanitarie per persone con disabilità

D.g.r. n. 2499 del 29 dicembre 2011: "Approvazione programma regionale attuativo per la realizzazione di interventi in tema di malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA) per la ricerca e l'assistenza domiciliare dei malati, ai sensi dell'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 di cui al Decreto interministeriale di assegnazione delle quote regionali".

D.g.r. n. 2083 del 3 agosto 2010 "Approvazione schema di convenzione tra la Regione del Veneto e l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale per l'esercizio della potestà concessiva dei trattamenti di invalidità civile ai sensi dell'art. 20 del decreto legge 1 luglio 2009 n. 78, convertito dalla legge 3 agosto 2009, n. 102"

D.g.r. n. 422 del 26 febbraio 2008 "Convenzione Internazionale dei Diritti delle Persone con disabilità. Promozione di attività di sensibilizzazione, informazione, formazione finalizzata a una nuova cultura sulla disabilità"

D.g.r. n. 4589 del 28 dicembre 2007 "Indirizzi per la determinazione dei livelli di assistenza alle persone con disabilità accolte nei servizi residenziali. Attuazione dell'art. 59 della l.r. 2/2007"

D.g.r. n. 2248 del 17 luglio 2007 "Modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica (DPCM 23 febbraio 2006 n. 185)"

L.r. n. 16 del 12 luglio 2007 "Disposizioni generali in materia di eliminazione delle barriere architettoniche"

D.g.r. n. 331 del 13 febbraio 2007 "Valutazione multidimensionale delle persone con disabilità secondo ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute: approvazione e introduzione di S.Va.M.Di per l'accesso ai servizi sociali e socio sanitari"

D.g.r. n. 1859 del 13 giugno 2006 "Linee di indirizzo per il sistema della domiciliarità e della residenzialità Area Disabili - Art. 26 e 27 - l.r. 9/2005"

D.g.r. n. 3350 del 7 dicembre 2001 "Norme di organizzazione del Servizio di integrazione lavorativa presso le Aziende ULSS (l.r. 16/2001 art. 12)"

L.r. n. 16 del 3 agosto 2001 "Norme per il diritto al lavoro delle persone disabili in attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 e istituzione servizio integrazione lavorativa presso le aziende ULSS"

Circolare regionale n. 33 del 20 ottobre 1993 "Indirizzi sull'integrazione scolastica e sociale della persona con handicap"

Politiche sociali per l'infanzia, adolescenza, giovani e famiglia

D.g.r. n. 2506 del 29 dicembre 2011 "Coordinatore pedagogico nei servizi alla prima infanzia: L.R. n. 22/02, DGR n. 84/07."

D.g.r. n. 2497 del 29 dicembre 2011: "Approvazione del nuovo Protocollo Operativo per le Adozioni Nazionali ed Internazionali (art. 39 bis, legge n. 184/1983) e delle Linee Guida 2011 sulle Adozioni Nazionali ed Internazionali".

D.g.r. n. 2514 del 29 dicembre 2011: "Prosecuzione delle attività dei Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie: Legge 269/98";

D.g.r. n. 1751 del 26 ottobre 2011: "Progetto CCM 2009 "IVG nelle donne straniere" per una maternità responsabile e la prevenzione dell'aborto, la tutela della maternità e la prevenzione dell'abbandono del neonato. Approvazione adesione della Regione del Veneto.

D.g.r. n. 2179 del 13 dicembre 2011: "Modifiche ed Integrazioni alla DGR n. 84 del 16 gennaio 2007 - settore servizi alla prima infanzia. LR n. 22 del 16 agosto 2002".

D.g.r. n. 2042 del 29 novembre 2011: "Attuazione del programma di realizzazione di un sistema di interventi per favorire i tempi di vita e di lavoro come da intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, sottoscritta nella seduta del 29 aprile 2010 della Conferenza unificata: DGR n. 2262 del 21 settembre 2010":

D.g.r. n. 1974 del 22 novembre 2011: "Prosecuzione del "Piano di riorganizzazione dei Consultori Familiari per potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie". Legge 27 dicembre 2006, n. 296".

D.g.r. n. 1897 del 15 novembre 2011: "Approvazione "Guida operativa a Marchio Famiglia" della Regione del Veneto".

D.g.r. n. 1502 del 20 settembre 2011: "Approvazione delle "Linee Guida per il servizio nido in famiglia della Regione del Veneto". Delibera di Giunta Regionale n. 674 del 18 marzo 2008".

D.g.r. n. 1167 del 26 luglio 2011: "Approvazione del programma di intervento ai sensi dell'art. 4 dell'intesa del 7 ottobre 2010 della Conferenza Unificata Stato-Regioni-Autonomie Locali in merito al riparto del Fondo per le politiche della famiglia a favore dei servizi socio-educativi per la prima infanzia ed altri interventi per famiglie numerose o in difficoltà".

D.g.r. n. 209 del 19 aprile 2011: "Documento d'indirizzo dei lavori preparatori per la stesura del "Piano d'azione regionale per l'infanzia, l'adolescenza" da realizzarsi nel triennio 2011-2013".

D.g.r. n. 115 del 1 febbraio 2011: "Criteri aggiuntivi regionali al prontuario di cui al DPCM del 4 novembre 2009. Prontuario contenente le caratteristiche e le modalità per la redazione e la presentazione dei progetti di servizio civile nazionale da realizzare in Italia e all'estero, nonché i criteri per la selezione e la valutazione degli stessi - presentazione progetti anno 2011".

D.g.r. n. 3311 del 21 dicembre 2010 "Convenzione tra il Dipartimento per le Pari Opportunità e la Regione del Veneto in attuazione dell'Intesa del 29 aprile 2010 relativa ai "Criteri di ripartizione delle risorse, le finalità, le modalità attuative nonché il monitoraggio del sistema di interventi per favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro".

D.g.r. n. 2762 del 16 novembre 2010 "Piano d'azione regionale per l'infanzia, l'adolescenza" da realizzarsi nel triennio 2011-2013"

D.g.r. n. 2262 del 21 settembre 2010 "Programma di realizzazione di un "sistema di interventi per favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro" come da intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131 sottoscritta nella seduta del 29 aprile 2010 della Conferenza Unificata"

D.g.r. n. 1869 del 20 luglio 2010 "Atto d'indirizzo relativamente alle scuole dell'infanzia non statali del Veneto Istituzione di un tavolo di confronto".

D.g.r. n. 216 del 3 febbraio 2010 "Approvazione Linee Guida per il servizio di Consultorio Familiare della Regione del Veneto. DGR 3914/08".

D.g.r. n. 674 del 17 marzo 2009 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Commissione tecnico consultiva - ambito socio sanitario e sociale: modifiche e integrazioni alla Dgr n. 84 del 16.1.2007 - settore servizi alla prima infanzia (lr n. 22/2002)"

L.r. n. 17 del 14 novembre 2008 "Promozione del protagonismo giovanile e della partecipazione alla vita sociale"

D.g.r. n. 674 del 18 marzo 2008 "Marchio Famiglia: progetto sperimentale Nido in Famiglia"

D.g.r. n. 569 del 11 marzo 2008 "Approvazione delle Linee Guida 2008 per la protezione e la tutela del minore"

D.g.r. n. 4192 del 18 dicembre 2007 "Approvazione dell'Accordo di Programma Quadro in materia di Politiche Giovanili "Il futuro della sostenibilità - la sostenibilità del futuro: I giovani del Veneto"

D.g.r. n. 3923 del 4 dicembre 2007 "Marchio Famiglia: implementazione progetto biennio 2007-2008"

D.g.r. n. 3827 del 27 novembre 2007 "Piano Regionale Infanzia, Adolescenza, Famiglia: biennio gennaio 2008-dicembre 2009"

D.d.l. n. 8 del 14 febbraio 2006 "Linee di indirizzo e interventi per la promozione e il sostegno della famiglia"

D.d.l. n. 1 del 17 gennaio 2006 "Disposizioni per lo sviluppo e la qualificazione dei servizi educativi per l'infanzia"

D.g.r. n. 392 del 11 febbraio 2005 "Atto di indirizzo e di organizzazione dei Consultori familiari pubblici della Regione del Veneto (l.r. 28/1977)"

D.g.r. n. 2155 del 16 luglio 2004 "Protocollo quadro sull'Adozione Nazionale Internazionale"

D.g.r. n. 520 del 5 marzo 2004 "Protocollo d'Intesa per la Banca Dati Affidò"

D.g.r. n. 1083 del 18 aprile 2003 "Art. 70 della legge 448/2001. Linee guida per la progettazione degli asili nido nonché di micro nidi nei luoghi di lavoro"

D.g.r. n. 3539 del 10 dicembre 2002 "Approvazione linee guida e Protocollo d'Intesa per le scuole di infanzia non Statali della Regione Veneto"

L.r. n. 32 del 23 aprile 1990 Disciplina degli interventi regionali per i servizi educativi alla prima infanzia: Asili Nido e Servizi Innovativi

L.r. n. 23 del 3 aprile 1980 "Contributi per il funzionamento della scuola materna non statale"

Politiche sociali per il terzo settore

D.g.r. n. 59 del 17 gennaio 2012 "Disciplina dei rapporti tra enti titolari di progetti e giovani italiani e comunitari coinvolti nei progetti di servizio civile regionale volontario. L.R. 18/2005".

D.g.r. n. 2543 del 29 dicembre 2011: "LR n. 23 del 3 novembre 2006 sulle "norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale" - DGRV n. 4189 del 18 dicembre 2007 - mozione del Consiglio Regionale n. 107 del 22 dicembre 2011 - conferimento di mandato per l'emanazione di indicazioni alle Aziende ULSS del Veneto".

D.g.r. n. 557 del 2 febbraio 2010 "Istituzione del servizio civile degli anziani. L.R. 22 gennaio 2010 n. 9".

D.g.r. n. 2338 del 28 luglio 2009 "Adeguamento dei procedimenti attuativi del sistema servizio civile regionale volontario. L.R. 18/2005"

D.g.r. n. 605 del 10 marzo 2009 "L.R. 40/93. D.g.r. 2641/2007. Approvazione schema bilancio per le organizzazioni di volontariato"

P.d.l. n. 374 del 2 dicembre 2008 "Istituzione del servizio civile degli anziani"

D.g.r. n. 3117 del 21 ottobre 2008 "L.R. 40/93. D.g.r. 2641/2007. Collaborazione con i Centri di Servizio per il Volontariato. Approvazione schemi e modelli per la conferma e l'iscrizione al Registro Regionale delle organizzazioni di volontariato"

D.g.r. n. 1357 del 26 maggio 2008 "L.R. n. 23 del 3 novembre 2006 "Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale". Identificazione delle persone svantaggiate e deboli, valorizzazione della cooperazione sociale di inserimento lavorativo e Osservatorio regionale sulla cooperazione sociale di inserimento lavorativo"

D.g.r. n. 4189 del 18 dicembre 2007 "L.r. 3 novembre 2006, n. 23 "Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale". Individuazione delle modalità di affidamento dei servizi alle cooperative sociali ed approvazione delle convenzioni-tipo"

D.g.r. n. 2641 del 7 agosto 2007 "Nuove modalità per la gestione del Registro Regionale delle organizzazioni di volontariato e determinazione sezioni. L. R. 30 agosto 1993, n. 40"

D.g.r. n. 897 del 3 aprile 2007 "Istituzione dell'Albo Regionale delle Cooperative Sociali. Indicazione dei requisiti per l'iscrizione, la conferma di iscrizione e la cancellazione. Articoli 5 e 6 della l.r. 3.11.2006, n. 23"

L.r. n. 23 del 3 novembre 2006 "Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale"

P.d.l. n. 173 del 4 agosto 2006 "Norme in materia di associazioni di promozione sociale"

P.d.l. n. 172 del 4 agosto 2006 "Nuove norme per il riconoscimento e la promozione delle organizzazioni di volontariato"

L. r. n.18 del 18 novembre 2005 "Istituzione del servizio Civile volontario regionale"

L.r. n. 28 del 16 agosto 2002 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2002", art. 1 "Convenzioni con le associazioni di promozione sociale e art.2 - Disposizioni a sostegno delle associazioni di promozione sociale"

D.g.r. n. 1802 del 5 luglio 2002 "Carta dei valori del volontariato. Presa d'atto da parte della Regione Veneto"

D.g.r. n. 2652 del 10 ottobre 2001 "Criteri e modalità di iscrizione al registro regionale delle associazioni di promozione sociale (art. 7 della L. 7 dicembre 2000 n. 383 e art. 43 L.R. 13 settembre 2001, n. 27)

L.r. n. 27 del 13 settembre 2001 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2001", art. 43 "Istituzione del registro regionale delle associazioni di promozione sociale"

L.r. n. 5 del 28 gennaio 2000, art. 28 "Contributo straordinario al Banco alimentare – Comitato del Veneto"

L.r. n. 40 del 30 agosto 1993 "Norme per il riconoscimento e la promozione delle organizzazioni di volontariato"

Politiche sociali e socio-sanitarie per la marginalità sociale e le dipendenze

D.g.r. n. 2513 del 29 dicembre 2011 "Proroga dei Piani di azione locale di inclusione sociale per l'anno 2011".

Dgr. n. 2498 del 29 dicembre 2011 "Approvazione Graduatoria approvazione progetti in materia penitenziaria e di recupero di persone soggette a provvedimenti dell'autorità giudiziaria";

D.g.r. n. 1510 del 20 settembre 2011 "Interventi regionali per l'anno 2011 in materia penitenziaria e di recupero di persone soggette a provvedimenti dell'autorità giudiziaria.

D.g.r. n. 1378 del 3 agosto 2011: "Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga – Anno 2011 – approvazione progetti regionali, assegnazione finanziamento ed impegno di spesa".

D.g.r. n. 444 del 23 febbraio 2010 "DGR 1734 del 24 giugno 2008 (Unità d'offerta di tipo C1 madri tossicodipendenti con figli minori) integrazioni"

D.g.r. n. 156 del 26 gennaio 2010 "2010 anno europeo della lotta alla povertà e all'esclusione sociale. Approvazione Programma Regionale denominato "Reti e strategie condivise per l'inclusione sociale"

D.g.r. n. 866 del 31 marzo 2009 "Progetto Dipendenze 2009".

D.g.r. n. 1796 del 12 giugno 2007 "Approvazione ed adozione delle Linee Guida per la presentazione di programmi terapeutico-riabilitativi finalizzati alla concessione di misure alternative alla detenzione di persone tossico/alcolodipendenti o con uso di sostanze tale da necessitare un programma terapeutico-riabilitativo".

Protocollo d'intesa sottoscritto dalla Regione del Veneto con il Ministero di Giustizia l'8 aprile 2003 per il finanziamento di progetti riguardanti la promozione di attività educative, ricreative, sportive e culturali presso tutte le carceri del Veneto.

L.r. n. 41 del 16 dicembre 1997 "Abuso e sfruttamento sessuale: interventi a tutela e promozione della persona".

Normativa Nazionale

D.P.R. 9.10.1990, n. 309

"Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza"

D.Min.San. 30.11.1990, n. 444

"L'organizzazione e il funzionamento dei Ser.T"

D.Min.San. 3.8.1993

"Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcooldipendenza"

Accordo Stato-Regione 21 gennaio 1999

"Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"

Legge 18 febbraio 1999, n. 45

"Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze"

Accordo Stato-Regioni 5 agosto 1999

"Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso"

D.P.C.M. 10 settembre 1999

"Atto di indirizzo e coordinamento recante criteri generali per la valutazione e il finanziamento di progetti, ai sensi dell'art. 27 del D.P.R. 309/90, come sostituito dall'art. 1, c. 2 della L. 45/99"

Legge n. 328 del 8 novembre 2000

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

Legge 30 marzo 2001, n. 125

Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati"

Decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 2001

"Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali."

Accordo tra Stato e Regioni 8 agosto 2001 in materia sanitaria

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001

"Definizione dei livelli essenziali di assistenza"

Legge n.49 del 27/02/2006

Decreto del Ministro della Salute Livia Turco del 4 Agosto 2006.

" Modificazione del decreto ministeriale 11 Aprile 2006, indicante i limiti quantitativi massimi , riferibile ad un uso esclusivamente personale , delle sostanze elencate nella tabella I del Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope.

Organigramma della Direzione Regionale per i Servizi Sociali

Direzione Regionale Servizi Sociali

Rio Novo - Dorsoduro 3493 - Venezia
Telefono 041 2791420/1421/1379 - fax 041 2791369
e mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

Dirigente Regionale: dott. Mario Modolo

Staff

Pierina Gardi
Tel. 041 2791385
e-mail: pierina.gardi@regione.veneto.it

P.O. Programmazione e Piani di Zona e Coordinamento Segreteria di Direzione

Responsabile: Claudia Palanta
Tel. 041 2791407
e-mail: claudia.palanta@regione.veneto.it

Collaboratori Segreteria di Direzione:

Iliana Carlé
Tel. 041 2791379
e-mail: iliana.carle@regione.veneto.it

Ornella Checchetto (protocollo)
Tel. 041 2791463
e-mail: ornella.checchetto@regione.veneto.it

Annuccia Radetich
Tel. 041 2791420
e-mail: annuccia.radetich@regione.veneto.it

Daniele Caccin (referente comunicazione)
Tel. 041 2791421
e-mail: daniele.caccin@regione.veneto.it

P.O. Analisi di Bilancio - Contabilità e liquidazione

Responsabile: Francesco Comin
Tel. 041 2791372; 041 2791394
e-mail: francesco.comin@regione.veneto.it

Collaboratori:

Marisa Bassan
Tel. 041 2791343
e-mail: marisa.bassan@regione.veneto.it

Unità Complessa Programmazione, Terzo Settore e Non Autosufficienza

Dirigente: Franco Moretto
Tel. 041 2791496
e-mail: franco.moretto@regione.veneto.it

P.O. Volontariato, Promozione sociale e Progettualità trasversali

Responsabile: Stefania Strano
Tel: 041 2791383; 041 2791364
e-mail: stefania.strano@regione.veneto.it

Collaboratori:

Sonia Bergamo (organizzazioni di volontariato)
Tel: 041 2791375
e-mail: sonia.bergamo@regione.veneto.it

Alessandra Foffano (associazioni di promozione sociale)
Tel. 041 2791616
e-mail: alessandra.foffano@regione.veneto.it

Monica Mason (organizzazioni di volontariato)
Tel: 041 2791381
e-mail: monica.mason@regione.veneto.it

P.O. Sviluppo Politiche del Terzo settore e Cooperazione sociale

Responsabile: Stefania Veronese
Tel: 041 2791386
e-mail: stefania.veronese@regione.veneto.it

P.O. Servizio Civile

Responsabile: (vacante)

Collaboratori:

Antonio Iovieno Tel. 041 2791439
e-mail: serviziocivile@regione.veneto.it

P.O. Residenzialità

Responsabile: (vacante)

Collaboratori:

Luca De Marchi
Tel.: 041 2791388
e-mail: luca.demarchi@regione.veneto.it

P.O. Autorizzazione e accreditamento

Responsabile: (vacante)

Collaboratori:

Lucia Vian (autorizzazione all'esercizio strutture anziani e disabili)
Tel. 041 2791339
e-mail: lucia.vian@regione.veneto.it

Maria Antonietta Santoianni (accreditamento strutture anziani e disabili)
Tel. 041 2791615
e-mail: mariaantonietta.santoianni@regione.veneto.it

P.O. IPAB e Istituzioni sociali

Responsabile: Stefano Guerra
Tel. 041 2791378
e-mail: ipab@regione.veneto.it
e-mail: stefano.querra@regione.veneto.it

Collaboratori:

Sonia Lazzari (IPAB)
Tel. 041 2791416
e-mail: sonia.lazzari@regione.veneto.it

Chiara Serramondi
Tel 041 2791395
e-mail: chiara.serramondi@regione.veneto.it

P.O. Domiciliarità

Responsabile: Elisabetta Temporin
Tel. 041 2791454
e-mail: ufficio.domiciliarita@regione.veneto.it)
e-mail: elisabetta.temporin@regione.veneto.it

Collaboratori:

Carla Dalla Corte (domiciliarità)
Tel. 041 2791516
e-mail: carla.dallacorte@regione.veneto.it

Maurizio Cavalli(domiciliarità)
Tel. 041 2791399
e-mail: maurizio.cavalli@regione.veneto.it

P.O. Disabili

Responsabile: Daniela Danieli (domiciliarità disabili)
Tel. 041 2791342
e-mail: daniela.danieli@regione.veneto.it

Collaboratori:

Silvia Ceschel
Tel. 041 2791350
e-mail: silvia.ceschel@regione.veneto.it

Servizio Famiglia

Dirigente: (vacante)
Tel 041 2791403
e-mail: servizio.famiglia@regione.veneto.it

Monia Scarpa (Liquidazioni Servizio Famiglia)
Tel. 041 2791394
e-mail: monia.scarpa@regione.veneto.it

P.O. Politiche e Coordinamento Piani e Programmi familiari

Responsabile: Laura Nardini
Tel. 041 2791371
e-mail: laura.nardini@regione.veneto.it

Collaboratori:

Viviana Moretti
Tel. 041 2791663
e-mail: viviana.moretti@regione.veneto.it

P.O. Promozione Persona e Famiglia

Responsabile: Anna Fiore

Tel. 041 2791415

e-mail: anna.fiore@regione.veneto.it

Collaboratori:

Antonella Petri

Tel. 041 2791613

e-mail: antonella.petri@regione.veneto.it

Vannia Mondì

Tel. 041 2791446

e-mail: vannia.mondi@regione.veneto.it

P.O. Servizi Prima Infanzia

Responsabile: Patrizia Fincato

Tel. 041 2791462

e-mail: patrizia.fincato@regione.veneto.it

Collaboratori:

Silvia Zagati

Tel. 041 2791365

e-mail: silvia.zagati@regione.veneto.it

P.O. Giovani

Responsabile: Carla Bonsuan

Tel.: 041 2791397

e-mail: carla.bonsuan@regione.veneto.it

Collaboratori:

Valeria Turri

Tel. 041 2791398

e-mail: valeria.turri@regione.veneto.it

P.O. Tutela Minori

Responsabile: Caterina Brazzale

Tel. 041 2791402

e-mail: caterina.brazzale@regione.veneto.it

Servizio Prevenzione delle Devianze e Tossicodipendenze

Dirigente: (vacante)

Tel. 041 2791411

e-mail:

P.O. Dipendenze

Responsabile: Anna Corti

Tel.: 041 2791392

E-mail: anna.corti@regione.veneto.it

Collaboratori:

Paola Ghezzi (dipendenze)

Tel. 041 2791389

E-mail: paola.ghezzi@regione.veneto.it

P.O. Carcere e Marginalità sociale

Responsabile: (vacante)

Collaboratori:

Elisa Casson

Tel. 041 2791437

e-mail: elisa.casson@regione.veneto.it

Pubblico Tutore dei Minori del Veneto

Aurea Dissegna

via Longhena, 6

30175 Marghera (VE)

tel. 041 2795925 - 26

fax 041 2795928

e-mail: pubblicotutoreminori@regione.veneto.it

P.O. Protezione e pubblica tutela dei minori

Posizione Organizzativa: Claudia Arnosti

Tel. 041 2795927

e-mail: claudia.arnosti@regione.veneto.it

Collaboratori:

Lorenza Cipollina (Pubblico Tutore)

Tel. 041 2795926

e-mail: lorenza.cipollina@regione.veneto.it

Giancarla Costanzi (Pubblico Tutore)

Tel. 041 2795925

e-mail: giancarla.costanzi@regione.veneto.it

Fabrizio Gobbo (Pubblico Tutore)

Tel. 041 2795967

e-mail: fabrizio.gobbo@regione.veneto.it

Osservatorio Regionale Politiche Sociali

Coordinatore:

Antonella Masullo

Tel. 041 2791361-1738

Fax 041 2791369

e-mail: osservatorio.politichesociali@regione.veneto.it

Collaboratori alla stesura del Report:

Chiara Palutan (Flussi informativi e banche dati)

Tel. 041 2791689

e-mail: chiara.palutan@regione.veneto.it

Martina Zoccarato (Flussi informativi e banche dati)

Tel. 041 2791427

e-mail: martina.zoccarato@regione.veneto.it

Elisa Fasani (Flussi informativi e banche dati)
Tel. 041 2791750
e-mail: elisa.fasani@regione.veneto.it

Anna Rita Contessotto (Nucleo Piani di Zona)
Tel. 041 2791749
e-mail: annarita.contessotto@regione.veneto.it

Chiara Tesolat (Nucleo Piani di Zona)
Tel. 041 2791748
e-mail: chiara.tesolat@regione.veneto.it

Margherita Gallo (Nucleo Piani di Zona)
Tel. 041 2791741
e-mail: margherita.gallo@regione.veneto.it

Alberto Ferri (progettazione europea)
041 2791481
e-mail: alberto.ferri@regione.veneto.it

Simone Giotto (progettazione europea)
041 2791481
e-mail: simone.giotto@regione.veneto.it

Commissario alla Non Autosufficienza

Commissario: Annalisa Basso
Tel 041 2791393
e-mail: annalisa.basso@regione.veneto.it

Fax 041 2791369
e-mail: nonautosufficienza@regione.veneto.it

Segreteria del Commissario (tel. 041 2791400)

Antonella Andreis
Tel. 041 2791405
e-mail: antonella.andreis@regione.veneto.it

Silvia Scarpa
Tel. 041-2791404
e-mail: silvia.scarpa@regione.veneto.it

Direzione Regionale Servizi Sociali
Rio Novo-Dorsoduro, 3493
30123 Venezia (VE)
Tel. 041 2791420-1421
Fax. 0412791369
e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it